Artur Fabiś
Joanna K. Wawrzyniak
Agata Chabior

Ludzka starość



WYBRANE ZAGADNIENIA GERONTOLOGII SPOŁECZNEJ

impuls

Ludzka starość

Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej

Artur Fabiś
Joanna K. Wawrzyniak
Agata Chabior

impuls

Kraków 2015

Spis treści

Wstęp
Starzenie się i starość.
Definicje – teorie – koncepcje

1. Gerontologia jako nauka o starzeniu się i starości

1.1. Definiowanie gerontologii i jej subdyscyplin

1.2. Kształtowanie się gerontologii społecznej jako nauki

1.3. Metodologia badań gerontologicznych

1.4. Teorie starzenia się i przystosowania do starości

2. Starzenie się i jego charakterystyka

2.1. Starość jednostkowa i globalna

2.2. Starzenie się jako proces

2.3. Zadania rozwojowe w fazie starości

2.4. Kryzysy typowe dla okresu starości

2.5. Typy starzenia się oraz rodzaje przystosowania do starości

2.6. Stereotyp starości i człowieka starego

3. Starość jako zadanie rozwojowe

3.1. Wychowanie do starości i w starości

3.2. Profilaktyka starzenia się

3.3. Wychowanie przez starość

3.4. Dojrzałość

3.5. Mądrość

3.6. Przygotowanie do śmierci

4. Życie duchowe i świat wartości seniorów

4.1. Aksjologiczny wymiar rozwoju człowieka w późnej dorosłości

4.2. Duchowość

4.3. Wiara i religijność

Codzienność życia w starości

1. Jakość życia i satysfakcja życiowa w starości

1.1. Określenie jakości życia

1.2. Pomyślne starzenie się

1.3. Satysfakcja życiowa

2. Potrzeby osób starszych

3. Życie rodzinne i funkcjonowanie gospodarstwa domowego

3.1. Powtórne małżeństwa i związki partnerskie seniorów

3.2. Rola babć i dziadków w funkcjonowaniu rodzin

4. Partnerstwo i seksualność seniorów

4.1. Zmiany biopsychiczne w późnej dorosłości

4.2. Aktywność seksualna

4.3. Sztuka miłosna w starości

5. Jakość życia a przestrzeń fizyczna seniorów

5.1. Mieszkanie dla seniora – aspekty prawne i organizacyjne

5.2. Funkcjonalność mieszkań a bezpieczeństwo i aktywność

Aktywność w starości

1. Edukacja osób starszych

1.1. Specyfika uczenia się ludzi starych

1.2. Samowystarczalność jako nadrzędny cel uczenia się seniorów

1.3. Najpowszechniejsze zakresy uczenia się osób starszych w instytucjach

1.4. Uniwersytet trzeciego wieku jako przykład instytucji kształcenia seniorów

1.5. Miejsce seniorów w edukacji nieformalnej

2. Aktywność społeczna ludzi starszych

2.1. Uczestnictwo seniorów w strukturach społeczeństwa obywatelskiego

2.2. Grupy samopomocowe

2.3. Wolontariat seniorów

3. Uczestnictwo i aktywność kulturalna osób starszych

3.1. Kluby seniora miejscem uczestnictwa i aktywności kulturalnej seniorów

4. Aktywność w obszarze nowych technologii

5. Aktywność zawodowa seniorów

5.1. Determinanty aktywności i dezaktywacji zawodowej

5.2. Aktywność ekonomiczna

5.3. Srebrna gospodarka

5.4. Zarządzanie wiekiem

Zagrożenia, troski i wyzwania w okresie starości

1. Marginalizacja i dyskryminacja osób w okresie późnej dorosłości

1.1. Przyczyny i skutki marginalizacji osób starszych

1.2. Przejawy dyskryminacji seniorów

1.3. Wykluczanie cyfrowe seniorów

2. Zdrowie i choroba jako determinanty jakości życia w starości

2.1. Zdrowie jako czynnik warunkujący jakość życia w starości

2.2. Choroba

3. Troski i niepokoje egzystencjalne ludzi dojrzałych

3.1. Lęk tanatyczny

3.2. Sens życia

3.3. Bilans życia

3.4. Samotność, osamotnienie, izolacja

3.5. Cierpienie

3.6. Strata, żałoba i wdowieństwo

4. Zachowania patologiczne w starości i wobec osób starszych

4.1. Uzależnienia osób starszych

4.2. Ubóstwo i niedostatek seniorów

4.3. Autodestrukcja – samobójstwa w starości

4.4. Przemoc wobec osób starszych

Zakończenie

Bibliografia

Strona redakcyjna

Wstęp

Problematyce starości poświęca się ostatnio bardzo wiele uwagi, co wynika przede wszystkim z zaawansowanego procesu starzenia się społeczeństw wielu krajów Europy, w tym Polski. Jest to skutek spadku współczynnika rozrodczości, ale również umieralności, co powoduje wydłużenie się przeciętnego trwania życia i wzrost liczby osób starszych w porównaniu z liczbą osób młodych. W przełożeniu na język praktyki oznacza to, że za sprawą szeroko rozumianego postępu cywilizacyjnego i następującej wraz z nim poprawy warunków zdrowotnych, ekonomicznych, żywieniowych i społecznych ludzie żyją coraz dłużej, coraz więcej lat pozostaje więc do przeżycia w starości. Dłuższa starość jest wartością autoteliczną, ale też konkretnym (realnym) życiem, które może, lecz nie musi, przemienić się w stan kontemplacji wieku i afirmacji starości. Jest czasem danym i zadanym, który należy wypełnić treściami pozwalającymi na jej wartościowe i godne przeżycie.

Demograficzne zjawisko starzenia się społeczeństw Europy ujawnia pilną potrzebę zarówno podejmowania, jak i promowania działań na rzecz populacji osób starszych, których wynikiem byłoby podniesienie jakości ich życia nie tylko przez tworzenie ram dobrze realizowanej opieki i wsparcia dla seniorów, lecz także przez propagowanie zdrowego, pomyślnego starzenia się na wielu płaszczyznach życia codziennego. Koncepcja ta wykracza poza cel zapobiegania chorobie w populacji seniorów, dąży się w niej natomiast do aktywizowania i optymalizowania funkcjonowania tej grupy społecznej w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym, edukacyjnym, a także technologicznym. Jednocześnie

w opozycji do najbardziej lansowanej teorii aktywności ciągle aktualnie pobrzmiewa koncepcja stopniowego wycofywania się z wielu form aktywności na rzecz rozwoju duchowego, by na tym ostatnim – i w związku z tym wyjątkowym – etapie rozwojowym człowieka zmierzać ku transcendencji.

Na gruncie gerontologii można odnaleźć wiele podejść teoretyczno-badawczych i tylko teoretycznych opisujących i wyjaśniających istotę starzenia się. Jedną z nich, mającą korzenie zarówno socjologiczne, jak i psychologiczne, a obecnie bardzo mocno promowaną i korelowaną z jakością życia w starości, jest teoria aktywności. Istotą tego podejścia jest twierdzenie, że aktywny tryb życia jest w jakimś sensie gwarantem dobrego starzenia się, tzn. źródłem lepszej kondycji człowieka, i dobrego samopoczucia, które uzależnione jest od pojawiających się nowych zadań z równoczesnymi możliwościami/warunkami ich osiągania. Teoria ta jest uzasadnieniem pojawiających się programów aktywizujących ludzi starszych – osób w okresie późnej dorosłości. Dziś w głównej mierze jest argumentem za aktywizacją zawodową osób starszych. W literaturze przedmiotu odnaleźć można krytykę takiego podejścia, ale nie sposób nie zgodzić się z faktem, że aktywność, bardzo szeroko rozumiana, jest jednym z podstawowych motorów, predykatorów rozwoju i dobrostanu człowieka w każdej fazie jego życia. To właśnie aktywne starzenie się oraz jego cel i rezultat –pomyślne starzenie się – przyjęto w omawianej książce za jeden z paradygmatów prowadzonych rozważań i aplikacji badawczych.

Jakość życia w starości bardzo mocno koreluje z aktywnością jako warunkiem i skutkiem pomyślnego starzenia się. Do grupy czynników warunkujących i wyznaczających jakość życia w starości zaliczyć należy: stopień sprawności funkcjonalnej seniorów wyznaczany stanem ich zdrowia, a tym samym pośrednio także wiekiem, poziom poczucia bezpieczeństwa społecznego, określany zastaną i aktualną sytuacją człowieka starszego w rodzinie i społeczeństwie, w tym także bezpieczeństwa ekonomicznego i kulturowego, nasycenie środowiska życia seniorów lokalnymi i powiązanymi z nimi poza

lokalnymi inicjatywami aktywizującymi ich życiowo i społecznie, wreszcie aktywność własną samych seniorów.

Rynek wydawniczy jest nasycony opracowaniami dotyczącymi starzenia się jako procesu i starości jako zjawiska kulturowego, charakteryzującymi się tendencją do eksponowania cech właściwych temu okresowi życia. Taki stan rzeczy tłumaczy przede wszystkim demograficzne zjawisko starzenia się społeczeństw Europy i świata, w tym Polski, z całą paletą jego przyczyn i skutków. Wewnątrzgeneracyjne zróżnicowanie populacji seniorów wyraźnie uwidacznia fakt, że starość była i ciągle jest bardzo wymagającym okresem życia, w którym przemieszane są optymalne warunki życia i rozwoju z deficytowymi. To z jednej strony wymusza poszukiwania nowych działań optymalizujących adaptację do starości, z drugiej – innowacyjnych rozwiązań w zakresie wspomagania zaspokajania potrzeb osób starszych, wynikających z pojawiających się deficytów.

Ciągle jeszcze cechuje nas ambiwalencja w postrzeganiu i traktowaniu osób starszych, co ma odzwierciedlenie w funkcjonujących stereotypach odnoszących się do tego okresu życia. Z jednej strony dostrzegamy i doceniamy doświadczenie oraz potencjał tkwiący w osobach starszych, czyniąc ich interesariuszami wielu działań społecznych zmierzających do podnoszenia ich jakości życia. Z drugiej wskazujemy na starość jako ten okres w życiu, który bardziej niż poprzednie zagrożony jest występowaniem zjawisk i procesów negatywnych, wymagających interwencji społecznej.

Sprawą niedrugorzędną jest też to, że zmieniają się również rodziny seniorów, głównie w odniesieniu do ich struktury, co łączy się z wielopokoleniowością. To, że żyjemy dłużej, oznacza nie tylko, iż mamy coraz więcej lat do przeżycia w starości, lecz także że mamy realną szansę, możliwość, a nawet przywilej dożycia takich etapów życia rodzinnego, na których pojawiają się wnuki i prawnuki, a niekiedy również praprawnuki. Tak więc role babci/dziadka, jako wiodące role społeczne w okresie starości, pozostają te same, ale już nie takie same, bo wpisują się w nie nowe zadania i oczekiwania i zmieniają stare. To stawia przed

poszczególnymi członkami rodziny i rodziną jako całością (wielopokoleniową) nowe zadania, także z obszaru budowania relacji i przekazu międzypokoleniowego, tak aby dbając o odrębność swoich członków, rodzina zachowała swą ciągłość i tożsamość.

Proponowana książka wpisuje się w wielowymiarowe i wieloobszarowe sposoby poznania, poznawania, oglądu i opisu starzenia się i starości. Ma ona charakter interdyscyplinarny, a koncentruje się wokół społecznych teorii starzenia się i starości. Przeprowadzono w niej analizę różnych aspektów starzenia się i starości w perspektywie doświadczania jednostkowego oraz zbiorowego na poziomie indywidualnym i demograficznym, z wieloma odniesieniami do zadań oraz działań z pola polityki społecznej i pracy socjalnej. Umieszczając te rozważania i dociekania w paradygmacie aktywnego starzenia się, nie tylko uwypuklamy zalety, możliwości i potencjalności okresu starości, lecz także nie uciekamy od pokazywania opresyjności starzenia się i starości, ograniczeń i niemożności charakterystycznych dla tego okresu w życiu, a wszystko to w kontekście szeroko i wielopłaszczyznowo ujmowanych uwarunkowań jednostkowych, społecznych, rodzinnych, ekonomicznych, gospodarczych, zdrowotnych, często zawierających się w przedmiocie polityki społecznej.

W prezentowanej pracy zaproponowano dwa porządki oglądu starzenia się oraz starości i zjawisk z nią współwystępujących. W pierwszym zakres tematyczny podejmowanych rozważań obejmuje możliwości i ograniczenia kształtujące oblicza współczesnej starości i warunki społeczno-kulturowe procesu starzenia się – zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i społecznym. W drugim usystematyzowano treści opisujące starzenie się i starość oraz zjawiska i procesy z nią współwystępujące, tak aby podkreślić epistemologiczny walor książki, a jednocześnie jej elementarny, podręcznikowy charakter.

W kolejnych rozdziałach opisano kształtowanie się gerontologii jako nauki o starzeniu się i starości, uwarunkowaniach tego procesu i jego przebiegu. Omówiono teorie starzenia się i starości

ze wskazaniem na główne strategie adaptacji do tego okresu życia, wreszcie opisano cechy starości stanowiące o jej odmienności od pozostałych etapów życia i dość wysublimowanej specyfice.

Dość szczegółowemu oglądowi poddano starość w wymiarze jednostkowym i parametry ją opisujące, takie jak: codzienność seniorów, ich potrzeby z uwzględnieniem ich zmienności i specyfiki, zdrowie, życie rodzinne i przestrzeń fizyczna, wreszcie intymność i prywatność ludzi starszych.

Wymiar jednostkowy uzupełniono o społeczny aspekt starzenia się, w którym szczegółowemu opisowi w pierwszej kolejności poddano kapitał jednostkowy osób starszych – ich możliwości i przestrzeń aktywności edukacyjnej, społecznej, kulturalnej, wyznaczające ramy ich rozwoju oraz budowania tożsamości i podmiotowości. W tym aspekcie nie mogły zostać pominięte procesy i zjawiska społeczne zagrażające funkcjonowaniu seniorów, stanowiące blokady w ich uczestnictwie społecznym.

Nie brak w książce odniesień do zagadnień egzystencjalnych obecnych w życiu ludzi starszych oraz problemów, z którymi przychodzi zmagać się wielu z nich, takich jak: lęki, cierpienie, żałoba i poczucie braku sensu życia, a także ubóstwo, samotność, uzależnienia oraz przemoc doświadczana w starości.

Całość dopełniona została treściami odwołującymi się do aksjologicznej warstwy procesu starzenia się i przeżywania starości.

Książka, którą oddajemy do rąk Czytelników, mimo wielu jej epistemologicznych, aksjologicznych, a także prakseologicznych walorów nie daje odpowiedzi na wszystkie nurtujące nas pytania o naturę starości i różnorodność jej przeżywania. Wierzymy, że rozbudzi w Czytelnikach ciekawość do dalszych pogłębionych teoretyczno-empirycznych poszukiwań i ustaleń.

Autorzy

Rozdział I

Starzenie się i starość. Definicje – teorie – koncepcje

1. Gerontologia jako nauka o starzeniu się i starości

1.1. Definiowanie gerontologii i jej subdyscyplin

Gerontologia to nauka o starzeniu się i starości organizmów. Jest stosunkowo młodą gałęzią nauki, rozwijającą się obecnie głównie za sprawą zmian demograficznych, takich jak stały wzrost liczby osób starszych w społeczeństwie globalnym czy wydłużanie się życia ludzkiego i w konsekwencji – starzenie się społeczeństw. Obecnie gerontologia postrzegana jest jako nauka z pogranicza kilku dziedzin. Zgodnie z aktualną klasyfikacją obszarów, dziedzin i dyscyplin naukowych (Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011 r. w sprawie obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych) głównie obszary nauk społecznych, humanistycznych, przyrodniczych oraz medycznych i o zdrowiu tworzą podwaliny gerontologii.

Refleksja na temat starzenia się i starości towarzyszyła człowiekowi od zawsze, podobnie jak namysł nad tym, jakie

działania powinno się podejmować, aby ten ostatni okres w życiu ludzi był wartościowy i satysfakcjonująco przeżywany. Zawsze też ludzkie umysły niepokoił sam proces starzenia się, którego zwieńczeniem jest śmierć. Szukano sposobów na zapobieganie starzeniu się i odnalezienie przepisu na długowieczność, a nawet nieśmiertelność. Medycyna intensywnie zainteresowała się starością na przełomie XIX i XX wieku, a dziedzina zajmująca się problemami klinicznymi w starości nazwana została geriatrią. Do dzisiaj gerontologia i geriatria bywają, niesłusznie, uznawane za pojęcia tożsame. Geriatria jest definiowana bowiem jako gałąź medyczna zajmująca się podstawowymi aspektami zdrowia i opieki zdrowotnej nad seniorami, chorobami wieku starczego oraz diagnostyką, profilaktyką i leczeniem tych chorób (Zych 2010).

Gerontologia jako odrębna dyscyplina nauki bywa kwestionowana przez część naukowców, podających jako argumenty brak samodzielnej metodologii oraz brak jasno określonego przedmiotu badań, wyrażającego kluczowe dla niej zagadnienia (Alkema, Alley 2006). Wśród polskich badaczy także nie ma jednomyślności.

Analiza współczesnych definicji gerontologii w polskim piśmiennictwie naukowym wskazuje na szerokie i niejednoznaczne jej rozumienie. Jednocześnie większość definicji uwzględnia interdyscyplinarność nauki o starzeniu się i starości. Istotne jest, aby pojęcie to właściwie zrozumieć, bo wtedy związki z wieloma innymi obszarami nauki wydają się jeszcze bardziej uzasadnione. Interdyscyplinarność jest cechą wskazującą na współdziałanie wielu dyscyplin. I nie chodzi jedynie o sumaryczne łączenie wysiłków badawczych wielu obszarów badań (co oznacza raczej multidyscyplinarność), co wspólne inicjowanie, prowadzenie i analizowanie przedsięwzięć badawczych, a także o tworzenie teorii opartych na wspólnych wysiłkach naukowych.

Jak na razie nie da się uniknąć takiego stanu rzeczy, kiedy to przedstawiciele różnych nauk/dyscyplin starają się gerontologię postrzegać ze szczególnym uwzględnieniem własnej perspektywy, zawężonej do obszarów badawczych reprezentowanej dyscypliny.

Analiza aktualnych pojęć i definicji określających gerontologię wskazuje jednoznacznie na jej medyczną proweniencję.

Wojciech Pędich określa gerontologię jako

> [...] naukę interdyscyplinarną o starzeniu się i starości, zajmującą się szerokim zakresem zagadnień, od biologii i genetyki, poprzez medycynę, psychologię, po socjologię i demografię, i nie należy jej zawężać do zagadnień medycznych (2006, s. 2).

Ta definicja, podkreślająca odrębność gerontologii od geriatrii, jednocześnie wskazuje na silne zakorzenienie tej pierwszej głównie w naukach medycznych i przyrodniczych. I choć wspomniano także psychologię i socjologię, to wyraźnie pominięto obszary nauk humanistycznych. Interdyscyplinarność gerontologii ograniczono zatem w tej perspektywie do węższego grona dyscyplin silnie współpracujących z medycyną.

Analiza kolejnych definicji przedstawicieli nauk medycznych daje jedynie potwierdzenie istnienia wśród nich bardzo zmedykalizowanego podejścia do gerontologii. Lekarka Kinga Wiśniewska-Roszkowska pisze:

> [...] gerontologia to nauka o starzeniu się, o wszystkich związanych z nim zjawiskach i problemach – wchodzi tu w grę nie tylko starzenie się ludzi, ale również zwierząt i roślin. Gerontologiem może być nie tylko lekarz, ale biolog, socjolog czy psycholog (2003, s. 73).

W podobnym tonie definiuje gerontologię Barbara Bień:

> Ze względu na środowiskowe i społeczne uwarunkowania starzenia zainteresowania gerontologii wykraczają również poza zakres nauk medycznych i obejmują zagadnienia z pogranicza innych dziedzin nauki – socjologii, psychologii, demografii, a nawet prawa czy architektury – o ile dotyczą osób w podeszłym wieku. Stanowi to uzasadnienie interdyscyplinarnego charakteru gerontologii, także w znaczeniu pozamedycznym (2006, s. 90).

Jednoznaczne nadawanie prymatu medycynie w dyscyplinie zajmującej się starzeniem się, bezsprzecznie uwidocznione w powyższych definicjach, jest z wielu względów uzasadnione.

Interdyscyplinarność jako cecha konstytutywna gerontologii wydaje się nie budzić zastrzeżeń, jednak składowe jej budującej się tożsamości już takie oczywiste nie są. Niebezzasadne jest jednak poszukiwanie głównych źródeł inspiracji, zainteresowań czy metod pozyskiwania danych o starości w naukach humanistycznych. Niedostrzeganie istotności wielu aspektów życia człowieka (mieszczących się w zainteresowaniach obszaru nauk humanistycznych) w jego ostatnim okresie rozwojowym, takich jak rozwój duchowy, kulturalny, relacje rodzinne, uczenie się, cierpienie czy poszukiwanie sensu istnienia, wydaje się niebezpiecznym uproszczeniem.

Maria Susułowska dostrzega wagę partycypacji psychologii w kształtowaniu gerontologii. Pisze:

> Rozwój gerontologii jest wyrazem zainteresowania naukowców okresem starości, w tym głównie przedstawicieli psychologii rozwojowej, a łączy w przedmiocie swoich badań badania biologiczne, medyczne, psychologiczne i społeczne (1989, s. 9).

Dużo szersze ujęcie gerontologii jako nauki interdyscyplinarnej proponuje Adam A. Zych, znajdując w niej jeszcze miejsce na pedagogikę. Autor pisze, że gerontologia jest nauką o

> [...] starzeniu się ustrojów żywych, w szczególności człowieka, oraz naukowym badaniem wszelkich aspektów procesu biologicznego, psychologicznego i społecznego starzenia się [...]; gerontologia jest wielodyscyplinarną dziedziną wiedzy i dzieli się na trzy podstawowe działy: gerontologię medyczną, gerontologię społeczną, a w jej obrębie pedagogikę, psychologię i socjologię starzenia się; oraz gerontologię eksperymentalną lub doświadczalną z takimi subdyscyplinami jak: biologia i fizjologia [...] (2001, s. 78).

Gerontologia eksperymentalna obejmuje badania z zakresu biologii i fizjologii starzenia się, a gerontologię medyczną tworzą: geriatria (nazywana medycyną starości), psychogeriatria i geratohigiena, z którą z kolei wiąże się profilaktyka geriatryczna dotycząca zapobiegania, rozpoznawania oraz zwalczania

biologicznych i społecznych czynników zagrażających zdrowiu, a także przyspieszających procesy starzenia się.

W podręczniku *Podstawy gerontologii społecznej* zawarto definicję wskazującą nie tylko na interdyscyplinarność samej gerontologii, lecz także na wieloaspektowość poruszanych zjawisk (starzenia się, starości, aktywności osób starszych, opieki oraz wspierania tej grupy). Autorzy konstatują, że

> [...] w szerszej definicji gerontologia jest nauką, która dąży do poznania złożonej istoty starości (w wymiarze biologicznym, psychologicznym, społecznym), analizuje różne procesy składające się na starzenie się człowieka, poszukuje przyczyn tych procesów oraz analizuje ich wpływ na życie jednostki i na społeczeństwo (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006, s. 13).

Szczególny akcent kładą na związki starzenia się i starości z polityką społeczną i pracą socjalną zarówno w perspektywie mikro, jak i makro. Autorzy podtrzymują tradycyjny podział gerontologii na doświadczalną, geriatrię i gerontologię społeczną, przy czym ten ostatni dział definiują jako naukę

> [...] zajmującą się procesami i zjawiskami społecznymi, które są przyczynami lub następstwami starzenia się poszczególnych ludzi i całych społeczeństw (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006, s. 14).

Gerontologia społeczna natomiast jest definiowana jako nauka zajmująca się procesami i zjawiskami społecznymi związanymi ze starością oraz starzeniem się jednostki i społeczeństwa. We wspomnianym podręczniku *Podstawy gerontologii społecznej* (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006) zapisano definicję gerontologii społecznej wpisującą się w zakres omawianych zjawisk w szczególności w odniesieniu do psychologii, socjologii, ekonomii i demografii. Autorzy wspierają się definicją między innymi amerykańskiego gerontologa Clarka Tibbittsa (1960), który twierdzi, że gerontologia społeczna stara się zrozumieć zarówno wpływ procesu starzenia się na pełnione przez jednostkę role, jej status,

zachowanie oraz zmiany w osobowości, jak i jego znaczenie w szerszych procesach społecznych, demograficznych, ekonomicznych i historycznych całych społeczeństw oraz ich funkcji. Innymi słowy – gerontologia społeczna to nauka, która zajmuje się jednostkowym i społecznym wymiarem starzenia się i starości, a także przyczynami i skutkami tego procesu, jego demograficznym podłożem oraz badaniem zależności między otoczeniem, w którym żyje człowiek starszy (jego socjosferą), a jego szeroko pojmowanym funkcjonowaniem (rodzinnym, społecznym, aktywnością itp.).

Zgodnie z przyjętym przez A.A. Zycha (2001) podziałem w skład gerontologii społecznej wchodzą: **gerontopsychologia** (psychologia gerontologiczna), **gerontosocjologia** (socjologia starości) i **geragogika** (gerontologia edukacyjna).

Pierwsza z nich zajmuje się zmianami w okresie starości zachodzącymi w intelekcie, osobowości, obrazie samego siebie i odnosi się do zakresu zainteresowań ludzi starszych, ich motywacji, a także problemów adaptacyjnych. Istotnym obszarem zainteresowań psychologii starości jest problematyka rozwoju duchowego człowieka, wsparcia w kryzysach oraz wybranych wyzwań w starości, takich jak bilans życia, wdowieństwo czy lęk (szczególnie tanatyczny).

Gerontosocjologia jest ukierunkowana przede wszystkim na badanie ról społecznych realizowanych przez osobę starszą.

Geragogika natomiast bada, jaką rolę pełni przygotowanie do starości, czyli świadomy wybór stylu życia, rozwijanie zainteresowań i umiejętności oraz budzenie nowych aspiracji, poszukiwanie optymalnych form aktywności przynoszących satysfakcję. Głównymi jej obszarami są więc wychowanie do starości, w starości i poprzez starość (por. Szarota 2010). Geragogika opiera się zatem na intencjonalnym działaniu oraz wypracowaniu nawyków i zainteresowań użytecznych w kształtowaniu jakości ostatniego etapu rozwoju człowieka. W dużej mierze nacisk kładziony jest na aktywność samowychowawczą jednostki oraz badanie środowiska i jego roli w tym zakresie (por. Leszczyńska-Rejchert 2006, s. 22). W

pedagogice starość jest więc pojęciem niezwykle ważnym. Jednym z celów wychowawczych jest godna starość, a więc dostrzeżenie istoty rozwoju całożyciowego z uwzględnieniem ostatniego etapu życia stanowić musi naturalne odniesienie w procesach wychowawczych. Starość to bowiem czas uczenia się i (samo)wychowania.

Przyjmując wcześniejszy podział, należy wskazać również na praktyczny wymiar tych subdyscyplin i jego znaczenie dla nauki i funkcjonowania społecznego osób starszych. A.A. Zych (1999, 2001) do dziedzin praktyki gerontologii społecznej zalicza:

- profilaktykę geriatryczną (zapobieganie przedwczesnemu starzeniu się oraz niedołęstwu);
- gerontoterapię (psychoterapię, terapię pedagogiczną oraz farmakologiczną);
- geratropikę (aktywizację społeczną, poznawczą);
- gerontologię edukacyjną (andragogikę, a w niej kształcenie i samokształcenie);
- edukację gerontologiczną (edukację zdrowotną, przedemerytalną);
- opiekę gerontologiczną (zdrowotną, socjalną, prawną, terminalną).

W niniejszej pracy gerontologia społeczna rozumiana będzie jako składowa część (obok gerontologii medycznej i eksperymentalnej – wedle koncepcji A.A. Zycha) interdyscyplinarnej gerontologii. Jej specyfiką będzie szeroka optyka humanistyczna, w której obok tradycyjnego ujęcia demograficznego, ekonomicznego, psychologicznego czy socjologicznego istotną rolę pełnią aspekty pedagogiczne, aksjologiczne, terapeutyczne czy duchowe.

1.2. Kształtowanie się gerontologii społecznej jako nauki

Złożoność procesu starzenia się, właściwa ontogenezie człowieka, przyczyniła się do powstania dyscypliny, której nazwa pochodzi od greckiego *geront*, będącego synonimem nie tylko starości, lecz także mądrości, mędrca, co wskazuje na pozytywną konotację zawartą w etymologii (Sobol 1995, s. 661). Współcześnie powiązanie z tego rodzaju wartościami nie jest już tak wyraźne, wskazuje się raczej na przywileje wynikające z wieku w dawnych kulturach i tradycjach, a dzisiaj raczej na potencjał rozwojowy tej fazy życia (Sobol 2003, s. 388).

Rozwój gerontologii jako nauki sięga początków XX wieku. Znaczący jest między innymi rok 1929, kiedy powstał instytut do badania procesów starzenia się na Uniwersytecie Stanforda w Kalifornii, a Nikołaj Rybnikow wprowadził nazwę gerontologia dla nowej dziedziny wiedzy, uzasadniając to następująco:

> Gerontologia, badanie zachowania się ludzi w starszym wieku, powinno być specjalną dziedziną nauki. Celem tej nauki jest zbadanie przyczyn i warunków starzenia się i dokładny opis regularnie postępujących zmian zachowania, zależnych od wieku (za: Susułowska 1989, s. 12).

Czy można się… nie starzeć?
„[…] hydry mają cylindryczny kształt, wyposażone są w macki i posiadają otwór gębowy. Hydry są bladozielone i niewielkie, generalnie mają nie więcej niż centymetr długości. Żyją w stawach i innych wodach nieprzepływowych, przyczepiając się często do roślinności czy kamieni […]. Małe hydry oddzielają się od ciała rodzica i stanowią miniaturki w pełni dojrzałego osobnika. Jedną z właściwości hydry jest jej niezwykła siła regeneracji, którą

udokumentowano w godnym uwagi eksperymencie z 1746 roku, przeprowadzonym przez Abrahama Trembleya, szwajcarskiego naukowca, który pracował w Niderlandach. Trembley zademonstrował najpierw, że hydrę można poszatkować na małe kawałki, a każdy z nich jest w stanie zregenerować całe zwierzę. Potem podsunął hydrze smakowity kąsek, a kiedy otworzyła otwór gębowy, z niezwykłą zręcznością wywinął jej ciało za pomocą świńskiego włosia. Zanim hydra zdołała ochłonąć, Trembley przebił jej otwór gębowy jeszcze cieńszym kawałkiem włosia, uniemożliwiając jej wywinięcie się z powrotem. Trembley zauważył, że wywinięta na lewą stronę hydra dokonała pewnych przeobrażeń swojego nadwyrężonego ciała, wydaliła cienkie włosie tkwiące w tkance dookoła otworu gębowego i dalej żyła".

(Kirkwood 2005, s. 55)

Kolejnym istotnym wydarzeniem naukowym była publikacja Charlotte Bühler z 1933 roku (polskie wydanie: *Bieg życia ludzkiego* z 1999 roku), w której autorka, odnosząc się do badań biograficznych, zaprezentowała podstawę teoretyczną do badań nad ekspansją, rozwojem, realizacją celów i wartości jednostki na wszystkich etapach życia, co dało podwaliny do traktowania fazy starości jako okresu (dalszego/ciągłego) rozwoju człowieka. Kontynuatorem tej idei był Erik H. Erikson, którą opisał w książce *Tożsamość a cykl życia* (1959).

W 1945 roku powstało pierwsze Towarzystwo Gerontologiczne w USA, a od 1946 roku zaczęto wydawać pierwsze czasopismo naukowe o tej tematyce – „Journal of Gerontology". Początkowo zajmowano się na jego łamach głównie problematyką biologicznego (fizjologicznego i motorycznego) starzenia się, jednak z biegiem lat, zwłaszcza po drugiej wojnie światowej, kiedy populacja seniorów zaczęła być dostrzegana głównie ze względu na swoją liczebność, pojawiły się badania możliwości

intelektualnych, aspektów osobowościowych oraz problematyki psychospołecznego starzenia się.

W Polsce pionierską publikacją była książka Edwarda Rosseta z 1959 roku *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*, która dała podstawy (statystyczne) do uważniejszego potraktowania problematyki starzenia się społeczeństwa. W 1966 roku podjęte zostały pod kierownictwem prof. Jerzego Piotrowskiego badania na temat sytuacji społeczno-ekonomicznej i zdrowotnej ludzi starszych w Polsce, a następnie (1973) powstało Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, którego przewodniczącym został prof. J. Piotrowski. Obecnie misją PTG jest integrowanie działań i badań profesjonalistów różnych dziedzin zajmujących się starością i starzeniem się człowieka w celu promowania rozwiązań służących ludziom starszym w optymalizacji ich funkcjonowania we wszystkich sferach życia. Działalność PTG dostarcza informacji o procesie starości zarówno naukowcom i teoretykom, jak i praktykom zajmującym się aktywizacją, opieką, pomocą, edukacją i pracą z osobami starszymi. Podejmuje i rozwija działania na rzecz seniorów w zakresie ochrony zdrowia, pomocy i polityki społecznej, edukacji, kultury i wielu innych.

PTG publikowało swoje doniesienia badawcze oraz teoretyczne w różnego rodzaju publikacjach poruszających problematykę szeroko rozumianej starości, a od 1992 roku zaczęło wydawać „Zeszyty Problemowe Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego", będące pierwszym regularnym opracowaniem naukowych działań Towarzystwa. Od 1995 roku ukazuje się „Gerontologia Polska" – naukowe czasopismo gerontologiczne o charakterze multidyscyplinarnym.

W 1973 roku powstał Uniwersytet Trzeciego Wieku jako placówka wspierająca szeroko pojmowaną aktywność osób starszych, o czym mowa w dalszych częściach książki.

Na przestrzeni ostatniego półwiecza powstało wiele organizacji i stowarzyszeń nie tylko reprezentujących interesy seniorów, lecz także rozwijających i popularyzujących wiedzę gerontologiczną, co przyczyniło się do poprawy jakości życia w starości, między innymi powstałe niedawno (2010) Stowarzyszenie Gerontologów

Społecznych. Jego głównym zadaniem jest integracja środowisk naukowych i profesjonalnych służb socjalnych w celu działania na rzecz osób starszych zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym.

Współcześnie problematyką gerontologiczną zajmują się przedstawiciele różnych dyscyplin, ukazujący różnorodność zagadnień związanych ze starzeniem się i starością, ujmują je z punktu widzenia wielu sfer życia społecznego i nauki. Jednym z dodatkowych, nowych obszarów gerontologicznych, jaki jest wyłaniany w publikacjach naukowych ostatnich lat, jest profilaktyka gerontologiczna, której celem jest uchronienie człowieka przed starością patologiczną (Leszczyńska-Rejchert 2006). Z tego względu podejmowane są coraz częściej kwestie wychowania człowieka starszego, rozumiane jako wspieranie jego rozwoju (fizycznego, społecznego, umysłowego, duchowego), zainteresowań oraz aktywności, a także opieki i działań o charakterze pomocowym i kompensacyjnym.

W związku z tak określonym zakresem badawczym do podstawowych pojęć gerontologii należą terminy takie, jak: **starość** (biologiczna, społeczna, psychologiczna, ekonomiczna), **starzenie się**, **aktywność i aktywizacja**, **zadania rozwojowe**, **kryzysy**, **opieka**, które wyjaśniono w kolejnych częściach publikacji.

1.3. Metodologia badań gerontologicznych

Badania naukowe służą poznawaniu rzeczywistości, tworzą bądź obalają teorie, udoskonalają je i weryfikują. Przyjęty paradygmat badawczy określa zaś metody badań, wskazując na pryncypia procesu badawczego. Jednakże podstawową trudnością w odniesieniu do metodologii badań wykorzystywanych przez gerontologów jest dychotomiczne podejście do gerontologii jako dyscypliny naukowej. Multidyscyplinarność gerontologii pozostawia kwestie metodologiczne badań nad starością poszczególnym dyscyplinom wchodzącym w jej skład. Psychologowie będą więc posiłkować się własnymi metodami, socjologowie własnymi, pedagodzy sięgną po badania pedagogiczne itd. To postulowana w tym opracowaniu interdyscyplinarność gerontologii wymusza skonstruowanie własnej autonomicznej metodologii badań gerontologicznych, gdyż taka perspektywa

> [...] po pierwsze stara się wyłonić wspólny metodologiczny mianownik dla fenomenu starzenia się i starości, a po drugie poddaje pod dyskusję tworzoną integralną teorię gerontologii społecznej (Muszyński 2011, s. 238).

Marcin Muszyński, zastanawiając się nad przyszłością teorii starzenia się, sformułował potrzebę zmiany optyki badaczy gerontologów:

> Badacz, który próbuje przezwyciężyć multidyscyplinarność, powinien zanurzyć się w wielości poglądów, idei, koncepcji, teorii i rozważań, które dostarczają poszczególne dyscypliny, tak aby na ich fundamencie zbudować własną tożsamość, wyjść poza ograniczenia każdej z dyscyplin i zbudować własne instrumentarium badawcze, własne podejścia teoretyczne, które będą stanowiły zbiór wspólnych zasad i norm postępowania dla społeczności badaczy. W ten sposób zerwie więzi z dyscypliną, w ramach której do tej pory operował pojęciem i rozumieniem tego, czym jest gerontologia. Okaże się wtedy, że nie jest

> ona ani bardziej edukacyjna, ani demograficzna, ani socjologiczna czy psychologiczna. Będzie interdyscyplinarna (2011, s. 238).

Gerontologia bada i opisuje między innymi uwarunkowania aktywności starszych osób, nie kategoryzując, czy mamy do czynienia z rozwojem, czy z inwolucją tej funkcji pod wpływem wieku. Badania prowadzone w ramach tej dyscypliny, bardziej niż w innych, opierają się na analizie ogólnego rozwoju społecznego, mającego duże znaczenie dla indywidualnego rozwoju człowieka i biegu jego życia, także w aspekcie punktów zwrotnych w biografii. Wielu gerontologów uważa, że warunkiem prawidłowych badań gerontologicznych jest uwzględnienie wpływu czynników biologicznych i socjologicznych na zmiany psychologiczne dokonujące się w rozwoju człowieka (Schaie 1965, za: Susułowska 1989).

Gerontologia jako nauka zajmująca się badaniem przyczyn starzenia się organizmu, jego przebiegu, a jednocześnie szeroko pojętą profilaktyką społeczną stawia sobie dwa podstawowe cele: poznawczy i praktyczny. Bada i wyjaśnia różne aspekty funkcjonowania starszego człowieka, a wyniki tych badań są pomocne w praktycznym rozwiązywaniu problemów medycznych, psychologicznych, społecznych, ekonomicznych i edukacyjnych grupy starszych osób. Znajduje to odzwierciedlenie w jakości ich życia – w podtrzymywaniu sił życiowych, w podnoszeniu jakości życia w tej fazie, a także w tworzeniu sprzyjających warunków egzystencji. Jak przekonuje Bettina M. Jasper (2002, s. 12), podstawowe pytania, na które stara się odpowiedzieć gerontologia, to: jak przebiegają zmiany w cyklu ludzkiego życia, jakie są możliwe przyczyny tych zmian, jak można na nie wpłynąć.

Dalej autorka, poszukująca najważniejszych obszarów badań gerontologii, wymienia następujące:

- samodzielność, samookreślenie, możliwości utrzymania tych kompetencji do późnej starości;
- udział społeczny, obszary działań na emeryturze, procesy międzygeneracyjne;
- długość życia w starości;

- wielochorobowość, choroby przewlekłe, rehabilitacja, struktury opieki nad osobami starszymi;
- otoczenie przyjazne starości;
- zmiany demograficzne.

Wśród wielu poruszanych w tej publikacji zagadnień gerontologicznych jako znaczących w życiu osób starszych za szczególnie istotne z punktu widzenia badań gerontologicznych uznaje się kwestie:

- aktywności i ról pełnionych w starości, czyli funkcjonowania psychospołecznego w starości;
- adaptacji do niej (oraz do okresu emerytury);
- kreowania i odczuwania satysfakcji życiowej w starości;
- zjawisk patologicznych, w tym głównie przemocy wobec seniorów, dyskryminacji i marginalizacji ich;
- odczuwania i realizacji potrzeb w starości;
- odczuwania i realizowania opieki oraz wsparcia.

> Irvin D. Yalom w rozważaniach o prowadzonej przez siebie terapii:
>
> „Lecz w tym wypadku, co często zdarzało się w pracy z Irene, wyniki moich badań były mylące. Bezustannie przekonywałem się, że »statystycznie istotna« prawda (gdzie wyjątki »leżące« poza średnią pomijano w obliczeniach ze względów statystycznych) nie była zbyt przydatna, kiedy za każdym razem naprzeciwko mnie siadała inna osoba z krwi i kości".
>
> (Yalom 2003, s. 119)

Badania naukowe w gerontologii – podobnie jak w innych dziedzinach nauki – można prowadzić w celu uzyskania danych ilościowych lub jakościowych.

Badania **ilościowe** służą pozyskaniu informacji na temat rozmiarów występowania badanych zjawisk i procesów, ich skali oraz statystycznych zależności między nimi, liczbowo wyrażonego znaczenia (mierzalnych) wskaźników. Badania takie realizuje się

najczęściej za pomocą testów lub badań sondażowych (ankiety, wywiady kwestionariuszowe, analizy statystyczne).

Badania **jakościowe** z kolei mają dostarczyć danych określających (słownie) znaczenie i wagę jakiegoś zjawiska lub czynnika w procesie starości, pomagających zrozumieć działanie określonych mechanizmów i procesów w tej fazie, determinantów funkcjonowania społecznego ludzi starszych, czynników kreujących ich aktywność, określających poziom adaptacji do starości, dokonywanych wyborów, zaspokajanych potrzeb. Badania te mają wyjaśniać nie tylko sam proces starzenia się – jego przebieg i czynniki go kształtujące, lecz także kontekst kulturowy i społeczny starzenia się i starości, znaczenie poszczególnych postaw i zachowań społecznych, uruchamianych mechanizmów motywacji, sposobów postrzegania świata przez osoby starsze.

W badaniach jakościowych w gerontologii dominują zwykle następujące metody:

Metoda indywidualnych przypadków, traktowana jako schemat badania jakościowego, które zmierza do stworzenia jednostkowej teorii zjawiska ogólnego (Konarzewski 2000, s. 78–79). W praktyce oznacza to, że konieczne jest znalezienie jednostki, która nosi wszelkie ważne z punktu widzenia przedmiotu badań cechy (czyli zmienne). Pozwolą one posiąść wiedzę na temat różnorodnych danych jakościowych, które w rezultacie prowadzą do teorii powstania lub istnienia badanego zjawiska.

Jakkolwiek teorii takiej nie możemy uogólnić na innych przedstawicieli badanego zjawiska, to możemy powiększyć swoją wiedzę o nim i wykorzystać do postawienia hipotezy dla badania weryfikacyjnego lub do celów praktycznych.

Celem metody indywidualnego przypadku jest ponadto dostarczenie niezaplanowanych impresji i obserwacji, sugerowanie „możliwych zależności, przyczyn, skutków, a nawet procesów dynamicznych” (Prawda 1987, s. 94).

Kiedy w badaniu indywidualnego przypadku konieczne jest wykroczenie poza „tu i teraz" oraz kiedy niezbędna jest analiza relacji między poszczególnymi fazami życia badanego, podstawą realizacji tej metody powinno być badanie biografii, by dociec wszystkich uwarunkowań, cech i zależności, które podlegają wysoce indywidualnym kryteriom.

Znakomitą egzemplifikacją metody indywidualnych przypadków w gerontologii są badania zrealizowane przez Jerzego Halickiego i opublikowane w książce *Obrazy starości. Rysowane przeżyciami seniorów* (2010), w której autor bada i analizuje sposoby przeżywania własnej starości i na podstawie uzyskanych danych jakościowych konstruuje typologię postaw wobec niej i własnego ja. Podobnie Beata Bugajska podejmuje próbę rozpoznania ogółu zjawisk, które składają się na poczucie tożsamości ludzi po sześćdziesiątym roku życia, poprzez przeprowadzenie dwunastu wywiadów (2012).

Podstawę zbierania informacji przy realizacji badań metodą indywidualnych przypadków stanowi **wywiad pogłębiony** (**biograficzny**), dotyczący relacjonowanej biografii i na niej oparty. Ważne jednak jest to, że biografia opowiadana nie jest życiorysem. Każde opowiadanie życia jest związane z działaniami kognitywnymi, ponieważ wywołuje zarówno retrospektywne spojrzenie na własne doświadczenia, jak i introspektywne, wiążące się z przeżywaniem wszystkiego raz jeszcze w chwili relacjonowania (Wawrzyniak 2009, s. 9–10).

Wywiad biograficzny nie ma na celu zrekonstruowania biografii badanego, lecz dostarczenie odpowiedzi na pytania kierujące badaniem (Rubacha 2008, s. 136).

Badanie biograficzne inspirowane jest edukacyjnymi walorami w spojrzeniu na życie człowieka jako indywidualny, niepowtarzalny ciąg zdarzeń i doświadczeń, które je kształtują. Zrozumienie związków zachodzących między poszczególnymi zdarzeniami z życia można osiągnąć jedynie przez poddanie penetracji badawczej informacji z każdego z jego etapów, relacjonowanych z pozycji osoby spoglądającej wstecz, i

zawartych w nich przeżyć, związków i wydarzeń wraz z kontekstem społecznym (historycznym).

Uwaga badacza zogniskowana na poszczególnych okresach życia będzie skierowana w szczególności ku przeżyciom i interakcjom społecznym, wszelkim implikacjom wychowania, kształtowania się postaw społecznych i zawodowych oraz obierania drogi życiowej – zgodnie z idiograficznym kierunkiem, mówiącym o niepowtarzalności każdej jednostki. Badanie biografii wydaje się niezbędne w takich systematycznych próbach odkrywania, jak poszukiwanie znaczenia przeżyć i doświadczeń zawartych we wcześniejszych fazach życia dla sposobu przeżywania starości i adaptacji do niej (Wawrzyniak 2009; Lalak 2010).

W badaniach biograficznych, podobnie jak w gerontologii, panuje przekonanie o indywidualizmie przeżywanej starości i jej niehomogeniczności pod względem postaw, aktywności, stylów życia oraz wyznawanych wartości. Badanie spraw składających się na tę niepowtarzalność, rządzących przypadkami i życiem indywidualnym, łączy się z badaniem istotnych interakcji – zarówno oficjalnych, jak i ukrytych, osobistych, które wpływają na ludzkie doświadczenie. Zgodnie z tym celem badany staje się badaczem samego siebie, odkrywcą własnej historii, kiedy relacjonuje swoje życie i dokonuje cenzury (autocenzury), analizy, refleksji. Z tego wynika, że badany jako autor życia, które opisuje, ma podwójną rolę do odegrania: jako narrator tego, co przeżył i zrobił, oraz jako komentator tych wszystkich dotyczących go wydarzeń (Demetrio 2004).

Analiza biografii odbywa się w dwóch wymiarach: wertykalnym oraz horyzontalnym, i prowadzi do poznania jednostki wraz ze społeczeństwem oraz czasem, w których żyła. Jednostkowe losy ludzkie stwarzają możliwość poznania wieloaspektowej historii życia – ze względu na swoje zakorzenienie w konkretnym miejscu, związek z czasem historycznym przez uczestnictwo w obiektywnych zdarzeniach oraz dzięki głębi własnej indywidualnie uformowanej egzystencji. Badanie biograficzne jest spojrzeniem w przeszłość konkretnego życia, pozwala rozdzielić poszczególne

jego fazy, ale jednocześnie je powiązać, a każdą z nich określić za pomocą charakterystycznych indywidualnych doświadczeń i ich skutków.

Kluczowe dla badań biograficznych jest postrzeganie ludzkiej tożsamości w kategoriach trwającego w czasie procesu autodefiniowania, co zbadano i ukazano między innymi w opracowaniu *Historie wydobyte z cienia. Autobiograficzne relacje starszych kobiet. Aneks* Ewy Kępy (2012), która zanalizowała wpływ wychowania i przeżyć we wcześniejszych fazach życia na postawy i postrzeganie problematyki feministycznej (oraz gender) przez starsze kobiety.

Wywiad narracyjny został opracowany przez Fritza Schützego jako jakościowa metoda badań opierająca się na precyzyjnie określonych założeniach teoretycznych sugerujących badaczowi tok postępowania badawczego (za: Kos 2013, s. 91). Głównym założeniem w realizacji tej metody jest przekonanie, że badana rzeczywistość społeczna ma charakter procesualny, co oznacza jej zmienność oraz zależność od wielorakich czynników, które kształtują postępowanie jednostki w relacji ze środowiskiem. Badacz musi zatem uwzględniać w toku analiz zmienność rzeczywistości społecznej oraz implikowane nią zachowania i postawy badanego, które dodatkowo nie zawsze są świadomie przez niego konstruowane (Kos 2013). Ważne jest również przekonanie o zasadniczej zgodności między narracją o życiu a jego faktycznym przebiegiem (Urbaniak-Zając 2011).

Wywiad narracyjny jest odpowiednią metodą badania np. przyczyn i motywacji seniorów do angażowania się w ruchy wspólnotowe i stowarzyszenia katolickie, co zbadała Stella Grotowska (2011) i opisała w książce *Seniorzy w przestrzeni publicznej. Kapitał społeczny uczestników wspólnot, ruchów i stowarzyszeń katolickich*.

Zaletą wywiadów, tak biograficznych, jak narracyjnych, jest dostarczenie obszernego materiału, który swoim zakresem często wykracza poza potrzeby badacza (Rubacha 2008, s. 138).

Badanie terenowe, realizowane także za pomocą obserwacji etnograficznej (uczestniczącej), bada zachowania ludzi w naturalnych środowiskach ich codziennego życia (Frankfort-Nachmias, Nachmias 2001, s. 299). Metoda ta umożliwia poznanie bez pośrednictwa innych osób czy przekazów, jak żyją, zachowują się, w jakich warunkach oraz sytuacji społecznej i kulturowej funkcjonują jednostki i grupy. Badania terenowe są zatem określone przez miejsce i sposób ich prowadzenia (np. przez odpowiedni rodzaj obserwacji). Pozwalają na poznanie i zrozumienie subiektywnych znaczeń konkretnych zdarzeń, postaw, zachowań towarzyszących badanym zjawiskom.

Obserwacja etnograficzna, zwana także uczestniczącą lub naturalistyczną, jest metodą zbierania danych jakościowych przez bezpośredni udział badacza w naturalnym środowisku społecznym (Rubacha 2008, s. 151). Dlatego też wyznaczają ją cztery cechy: realny teren i miejsce, w którym jest prowadzona, uczestnictwo w badanym procesie, uwzględnianie kontekstu obserwowanych procesów i zdarzeń (zmiany ogniska obserwacji) oraz samoobserwacja, czyli odnotowywanie własnych emocji i reakcji w obserwowanych sytuacjach (np. oburzenie, zaskoczenie, podziw) (Konarzewski 2000, s. 113–115). Określenie „etnograficzna" nie oznacza zawężenia tej metody do badań na polu folklorystyki i etnografii, lecz raczej nawiązuje do prowadzenia jej w codziennych, naturalnych rytuałach społeczności, która stanowi element (specyficznej, określonej lub szeroko rozumianej) kultury.

Uczestniczenie w codzienności pozwala badaczowi poznać i zrozumieć kontekst zdarzeń, obserwować ich dynamikę i skutki.

Obserwacja bywa **ukryta**, gdy badani nie wiedzą, jaką rolę pełni badacz, np. obserwując postawy seniorów mieszkających w domu opieki wobec siebie nawzajem lub opiekunów, albo **jawna**, kiedy o tym wiedzą i wyrażają zgodę na prowadzenie konkretnych badań (obserwacji), np. postępów seniorów w edukacji komputerowej na zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku.

Analiza dokumentów (zwana również analizą źródeł wtórnych lub metodą przeszukiwania archiwów) funkcjonuje w naukach społecznych jako odrębna, niezależna metoda, także jako *desk research*, czyli analiza danych zastanych, lecz równie często traktowana bywa jako metoda (lub technika) wspomagająca inne, np. metodę indywidualnego przypadku, metodę obserwacji lub badań terenowych i monograficznych. Najczęściej stosuje się ją w analizie danych jakościowych zawartych w dokumentach oficjalnych i naukowych (dokumenty urzędowe, protokoły, sprawozdania, świadectwa i dyplomy oraz opracowania teoretyczne, podręczniki, publikacje pokonferencyjne) oraz osobistych i nieformalnych (listy, pamiętniki, dzienniki, fotografie, filmy itp.). Rzadko w badaniach społecznych wykorzystuje się dokumenty nietekstowe (Konarzewski 2000, s. 128).

Analizując dokumenty oficjalne, jak również materiały osobiste, można pozyskać wiele różnorodnych informacji, wśród których najistotniejsze dla badacza są te o charakterze społecznym: przekazy dotyczące wychowania, edukacji, kształcenia, moralności, relacji interpersonalnych, postaw względem otoczenia i siebie samego, poglądów i stosunku do świata. Dobrym przykładem tego rodzaju badania jest analiza materiałów źródłowych w postaci niepublikowanych pamiętników i dzienników oraz publikowanych wspomnień zesłańców, więźniów i przesiedleńców z okresu drugiej wojny światowej wykorzystane w zbiorze *Nic nie jest milczeniem. Wspomnienia słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Szczecinie* pod redakcją Beaty Bugajskiej, Genowefy Kondraciuk-Gabryś i Władysławy Homy (2010).

Po przystąpieniu do analizy dokumentów konieczne jest sformułowanie pytania badawczego dotyczącego nie osób badanych czy problemu, lecz tego, co badacz może znaleźć w źródłach wtórnych (Rubacha 2008, s. 159). Oprócz poszukiwania danych w dokumentach musi on zrozumieć ich kontekst, uwarunkowania (Rubacha 2008, s. 162).

1.4. Teorie starzenia się i przystosowania do starości

Teoria zgodnie z obranym przez badacza celem służy do wyjaśniania, rozumienia bądź interpretowania rzeczywistości. Jak zauważa M. Muszyński (2011, s. 234), właśnie te trzy zadania teorii odzwierciedlały zmianę paradygmatu w gerontologii społecznej. I tak wyjaśnianie przypisywano modernizmowi, rozumienie – gerontologii krytycznej, a interpretowanie – postmodernizmowi. Dynamiczny proces starzenia się społeczeństwa europejskiego, w tym także polskiego, obliguje do refleksji nad nim, a przede wszystkim nad jakością życia w okresie późnej dorosłości. Od lat w literaturze gerontologicznej kluczowe miejsce zajmuje pojęcie pomyślnego starzenia się. Duże znaczenie w badaniach ma podejście koncepcyjne do aktywności jako sposobu osiągania satysfakcji życiowej. Stąd zarówno teoria wycofywania się – jego tempa i zakresu, jak i teoria aktywności – w zgodzie ze sobą i z oczekiwaniami otoczenia, jako dwie przeciwstawne koncepcje, zyskują na znaczeniu w badaniu starzenia się.

Helen Bee sugeruje, że za teorią aktywności przemawia więcej wyników badań naukowych aniżeli za teorią dezaktywacji, stojącą w opozycji do tej pierwszej. Autorka wyjaśnia:

> Dla wielu ludzi pewien poziom zaangażowania społecznego jest oznaką i prawdopodobnie powodem wzrostu zapału do życia oraz obniżenia poziomu depresji i innych objawów psychicznych. Być może role i relacje społeczne mają mniejsze znaczenie w wieku starszym niż w okresach wcześniejszych, lecz nadal znacznie się przyczyniają do zachowania równowagi emocjonalnej przynajmniej u niektórych z nas (2004, s. 607).

Teorie starzenia się powstały na gruncie gerontologii w celu opisania i wyjaśnienia prawidłowości procesu starzenia się.

Gerontolodzy wykorzystali do tego teorie biologiczne, socjologiczne (stratyfikacji, subkultury, wymiany społecznej) oraz psychologiczne (osobowości, cyklu życia, potrzeb). W celu wyjaśnienia prawidłowości procesu starzenia się człowieka gerontologia posługuje się (pluralistycznie) nie jedną, lecz wieloma teoriami, nazywanymi często psychospołecznymi.

Teorie biologiczne dostarczają wiedzy o tym, jak złożony jest proces starzenia się oraz niemożliwy do wytłumaczenia przy założeniu istnienia jednego uniwersalnego mechanizmu. Teorie psychospołeczne natomiast są reakcją na implikacje społeczne, jakie niesie za sobą wydłużający się czas życia i zmiana struktury wiekowej populacji ludzkich. Teorie te stają się odpowiedzią na pytania dotyczące przebiegu i skutków procesu starzenia się w sferze psychiki ludzkiej oraz społecznego (w tym także ekonomicznego) przystosowania się człowieka do nowej dla niego roli. Problematyka starzenia się i starości pojawia się w koncepcjach i teoriach zarówno socjologicznych, ekonomicznych o zasięgu mikro- i makrospołecznym, jak i psychologicznych, a najszerzej opisane w literaturze to:

- teoria aktywności;
- wyłączania;
- ciągłości;
- kompetencyjna;
- przypadków i odpowiedników;
- stresu starości;
- osobowości;
- psychospołeczna teoria rozwoju osobowości;
- poznawcza teoria osobowości i starzenia się;
- model pomyślnego starzenia się;
- teoria rozwoju osobowego człowieka;
- koncepcja zadań rozwojowych;
- wymiany społecznej;
- społecznych kompetencji i społecznego załamania;
- subkultury (za: Bromley 1969, s. 81–88; Rembowski 1984, s. 33–35; Susułowska 1986, s. 28–35; Halicki 2000, s. 13;

Synak 2002, s. 146; Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006, s. 20–23; Seredyńska 2013, s. 39–59).

Autorzy teorii psychospołecznych starali się scharakteryzować specyfikę ludzkich zachowań w okresie starości, opisać jej przebieg oraz przyczyny konkretnych postaw i zachowań.

Kolejno opisywane teorie zawierają poglądy ich autorów na temat specyfiki starości jako fazy życia oraz zjawiska społecznego, implikacji w sferze osobowości, a także funkcjonowania w starości. Wśród przytaczanych w tym rozdziale teorii są te, które opisują sposób przyjmowania starości (adaptacja), przeżywania jej i odnajdowania się w niej (postawy), jak również takie, które charakteryzują w większym stopniu rodzaj relacji społecznych, interakcji i aktywności, w jakie angażują się ludzie w tej fazie życia, niż istotę i sposób przeżywania starości.

Teoria aktywności, opisana po raz pierwszy przez Susan Cavanagh, Ernesta Burgessa, Roberta Havighursta w 1949 roku, zawierała koncepcję gromadzenia się napięć wynikających ze zmiany w pełnieniu ról społecznych. W okresie starości jest ono bardzo silnie związane we współczesnych środowiskach socjokulturowych z utratą wcześniej realizowanych ról lub z zamianą ich na inne. Dotyczy to głównie zjawiska przechodzenia na emeryturę oraz poprzedzających je: utraty stanowiska, prestiżu, stałego zajęcia, kontaktów zawodowych i zmiany trybu życia.

Teoria ta głosi, że człowiek starszy wyznacza swoje działanie w zależności od określenia i oceny samego siebie, a także oceniania go przez innych. Interpretacja zachowań ludzi w podeszłym wieku powinna zatem zachodzić w większym stopniu przez pryzmat ich aktywności aniżeli (jedynie) społecznych interakcji. Taka koncepcja nie tylko charakteryzuje problemy starzenia się, lecz także kładzie nacisk na konieczność aktywnego spędzania czasu, aktywność bowiem została uznana za potrzebę psychiczną i społeczną w każdym wieku. Satysfakcja ludzi starszych wiąże się

bezpośrednio z podtrzymywaniem aktywności, a ta z zachowaniem ciągłości po utracie roli pierwotnej, jaką jest praca zawodowa.

Teoria aktywności podkreśla to, że człowiek jest ze swej natury istotą aktywną, a jego życie toczy się w rytmie: praca – czas wolny. Żyjemy w kręgu cywilizacji europejskiej, w której propagowane są zachowania aktywne, a alienowane są osoby nieaktywne. Dlatego też aktywność staje się wartością społeczną. Aktywny powinien być może człowiek także w późniejszych latach swojego życia. W starości aktywny styl życia sprawia, że człowiek czuje się potrzebny, spełniony, odczuwa satysfakcję i planuje dalsze działania.

Teoria wyłączania (wycofania, dezaktywacji) jest przeciwstawnym do teorii aktywności podejściem funkcjonalno-socjologicznym. Opisana została w 1961 roku przez Elaine Cumming i Williama Earla Henry'ego i uznaje wycofywanie się z życia osób w podeszłym wieku za naturalną kolej rzeczy. Teoria ta tłumaczy, że

> [...] wycofanie się z życia społecznego i aktywności jest osobom starszym potrzebne do osiągnięcia równowagi, a nawet rozwoju w takim samym stopniu, jak osobom młodym potrzebne jest społeczne uczestnictwo i aktywność (za: Straś-Romanowska 2007, s. 268).

Obecnie teoria ta opiera się na trzech aspektach starzenia się:

- kurczeniu się przestrzeni życiowej osób starszych (maleją kontakty z ludźmi oraz zakres pełnionych ról);
- wzroście indywidualności (seniorzy w coraz mniejszym stopniu podporządkowują się regułom w zakresie kontaktów, które zostały zachowane);
- akceptacji tych zmian (wycofanie się i zamykanie się we własnym mikroświecie) (Bee, Boyd 2008, s. 560).

Ponadto na podstawie teorii wyłączania można sformułować wniosek, że wycofywanie się seniorów uwarunkowane jest w takim samym stopniu ich własnymi potrzebami, co postawami społecznymi oraz nastawieniem otoczenia wobec osób starszych,

dla których społeczeństwo nie ma współcześnie zbyt wielu propozycji pełnienia ról społecznych.

Ograniczona liczba interakcji między osobami starszymi a otoczeniem bierze się zatem z jednej strony z możliwości samych seniorów, z drugiej zaś z podporządkowywania się normom panującym w tym zakresie w społeczeństwie (Rembowski 1984, s. 34–35). Źródła takich postaw upatrywać należy w wymogach nowoczesnego, uprzemysłowionego społeczeństwa, które faworyzuje ludzi młodych ze względu na ich sprawność oraz nowszą wiedzę technologiczną i umiejętności w tym zakresie. Autorzy teorii uważali, że stopniowe wycofywanie się z życia społecznego jest warunkiem zadowolenia i dobrego samopoczucia, jednak zbyt wczesne, spowodowane chorobą albo zbyt szybką emeryturą, może prowadzić do problemów w przystosowaniu się. Z tym negatywnym zjawiskiem związane jest pojęcie deprywacji i ekskluzji społecznej starszego pokolenia, które odsunięte od życia społecznego i zawodowego przejawia większe trudności w pogodzeniu się z nową sytuacją (Synak 2002, s. 18–19).

Teoria ciągłości jest teorią psychosocjologiczną autorstwa Roberta Atchleya (1989). Zakłada ona, że na tożsamość osoby starszej oraz przeżywanie przez nią własnej starości składają się ciągłość wewnętrzna i zewnętrzna. Adaptując się do zmian w starości, człowiek stara się zachowywać owe ciągłości, utrzymywać pewien stan, ukształtowane struktury. Ta pierwsza spójność odnosi się do zmian rozwojowych wynikających z dojrzewania, są to niewielkie postępy rozciągnięte w czasie. Gwałtowne zmiany nazwane zostały „nieciągłościami", które występują w organizmie człowieka.

Druga ciągłość (i nieciągłość) odnosi się z kolei do środowiska, w którym człowiek żyje. Nieciągłości są nieoczekiwane, w początkowej fazie zakłócają funkcjonowanie, ale konsekwencje ich mogą być różne – zarówno destrukcyjne, jak i pozytywne.

Ciągłość wewnętrzna to kształtujące się, ale w miarę stałe cechy osobowości. Jak pisze Robert D. Hill:

> Ciągłość wewnętrzna jest poczuciem spójności własnych skłonności i dyspozycji w starszym wieku. Choć dany człowiek może w całym okresie swojego życia wcielać się w różne role, zachowania ludzi można przewidzieć, nawet w zmieniających się okolicznościach (2009, s. 67).

Ciągłość zewnętrzna, analogicznie, powiązana jest ze środowiskiem zewnętrznym. Dostrzegalna skłonność ludzi starych do utrzymywania stałych struktur zewnętrznych potwierdza dążenie do pozostawiania swojego środowiska w nienaruszanym stanie. Obie ciągłości zapewniają stabilizację i przewidywalność, z pewnym marginesem na zmiany. Jednakże wspomniane wcześniej nieciągłości, czyli wydarzenia nieprzewidywalne, wymagają radzenia sobie z nimi w celu odzyskania poczucia ciągłości.

Teoria kompetencyjna zakłada powszechność kompetencji jako zdolności człowieka do samodzielnego kierowania swoim życiem i ponoszenia odpowiedzialności za nie (Halicki 2000). Umiejętność ta uruchamiana jest w interakcjach z otoczeniem i ulega przeobrażeniom na podstawie wymagań społecznych oraz własnych planów i dążeń. Wraz ze spadkiem zasobów oraz oczekiwań społecznych kompetencje osób starszych nie zanikają, lecz zmieniają się w zależności od środowiska i czasów, w jakich żyją. Powinny więc być rozpatrywane nie w aspekcie zaniku i wygaszania, lecz zmiany.

Teoria ta prezentuje bardziej indywidualne podejście, zestawiając role i zadania rozwojowe, jakie człowiek podejmuje we wcześniejszych fazach życia, z wymaganiami i możliwościami pojawiającymi się w starszym wieku (zwanymi zwykle „stratami”). W starości mamy do czynienia z tonowaniem wymagań. Teoria kompetencyjna podkreśla znaczenie wypracowania kompetencji, jakie wymagane są od człowieka w fazie starości, przyjmując jednocześnie, że służyć mają one – przede wszystkim – niezależności seniorów. Rozumiane jako interakcja między człowiekiem a czynnikami środowiskowymi w określonym czasie, kreowane są w zależności od środowiska – swoiste otoczenie wymaga bowiem wypracowania specyficznych (mniej typowych)

kompetencji. Nie istnieje żadna konkretna, typowa dla ludzi w starszym wieku kompetencja, lecz różne formy kompetentnego zachowania, które rozpatrywać należy w kontekście czasu i środowiska, w jakich senior żyje (Lehr 1989, za: Halicki 2000, s. 12).

Życie traktowane jako zadanie, do którego wypełnienia potrzebna jest niezależność, wymaga określonych kompetencji, te zaś należy rozpatrywać w trzech wymiarach: fizycznym (stan zdrowia, sprawność fizyczna, brak zapotrzebowania na opiekę i pomoc), poznawczym (inteligencja, pamięć, zdolność uczenia się i rozwiązywania problemów) i społecznym (radzenie sobie z funkcjonowaniem w środowisku społecznym) (Halicki 2000).

Podsumowując, można określić kompetencje jako zdolność do podejmowania odpowiedzialności za własne życie i kształtowanie go.

Teoria przypadków i teoria odpowiedników często są charakteryzowane w zestawieniu, traktowane łącznie, ponieważ są raczej koncepcjami osobowości niż społecznego funkcjonowania. Obie podkreślają znaczenie osobistych przeżyć i ich związek z zachowaniem, reakcjami, osobowością oraz dalszym pomysłem na życie (Bromley 1969, s. 81–88; Rembowski 1984, s. 31–35; Susułowska 1989, s. 28–35).

Zgodnie z tymi teoriami postawy wobec starości i sposoby jej przeżywania mają źródło w osobistych doświadczeniach z wcześniejszych lat życia. W pierwszej z nich ważne jest to, jakie wcześniejsze doświadczenia miały miejsce w toku rozwoju jednostki, jakie istotne wydarzenia się w nim skumulowały, by następnie zaowocować określoną postawą wobec starości. Takimi zdarzeniami, mającymi wpływ na rodzaj postaw, są doświadczenia związane z życiem zawodowym, ilość i rodzaj kontaktów międzyludzkich, wszelkie ważne wydarzenia rodzinne, przyjaźnie. Badania przeprowadzone w tej dziedzinie potwierdzają, że łatwiej znoszą starość i wykazują w stosunku do niej postawę bardziej „przyjacielską” osoby mające rodzinę niż osamotnione, o wyższym ilorazie inteligencji, oddające się hobby, pasjom i zamiłowaniom,

mające zainteresowania pozazawodowe oraz takie, którym pozwolono samodzielnie zdecydować o zakończeniu aktywnego życia zawodowego (Staręga-Piasek, Lisowski, Suchecka 1985). Sprawami istotnymi są też zadowolenie z dotychczasowego życia, radość i duma, które dają potomkowie, satysfakcja z wykonywanej pracy oraz poczucie zawodowego i osobistego spełnienia.

Teoria odpowiedników podkreśla natomiast znaczenie wczesnego rozwoju jako źródła cech ujawniających się w późnym okresie życia człowieka. Duże znaczenie mają tu charakter rodziny, w której się wychował, uczucia, jakich doświadczał, zjawiska niedostatku, chorób, deprywacji potrzeb. Nie oznacza to jednak, że wszyscy ludzie o pozytywnych doświadczeniach i satysfakcjonującym życiu na etapie dzieciństwa i dorosłości będą jednostkami idealnie godzącymi się ze starością. Psychiczne reakcje na zetknięcie się z trudnościami są różnorodne, tak samo jak różne są przeżycia i ich interpretacja oraz kryteria oceniania. Podobnie akumulacja przeżyć, nawet tych najbardziej powszechnych i oczywistych w odbiorze, może powodować indywidualne różnice między ludźmi.

Teoria stresu starości, opisana w 1968 roku przez Bernice Neugarten, Roberta Havighursta i Sheldona Tobina, mówi o kumulowaniu się w okresie starości stresorów typowych dla tej fazy, czyli zdarzeń o zabarwieniu kryzysowym, takich jak: utrata pozycji zawodowej i społecznej, prestiżu, szacunku, zmniejszenie dochodów, sprawności fizycznej, pojawienie się potrzeby opieki i zależności. Tego rodzaju sytuacje wymuszają readaptację, upraszczają zachowania i postawy człowieka w fazie starości, powodują pojawienie się tendencji opisywanej jako **metafora windy** – człowiek uczy się nowych zachowań (**piętro w górę**), lecz powraca wciąż do znanych schematów (**piętro w dół**) (Straś-Romanowska 2000, s. 269).

Teoria osobowości opisana przez B. Neugarten (1968), będąca klasyfikacją postaw wobec starości, jest jednocześnie charakterystyką typów starzenia się, czyli zakresu interakcji

społecznych i przyjmowanych w tej fazie ról. Opiera się ona na koncepcji zmiany w życiu człowieka dorosłego i dotyczy wydarzeń, zadań i kryzysów typowych dla tej fazy (normatywnych) oraz wydarzeń nieoczekiwanych (nienormatywnych), które prowadzą do zmian w koncepcji samego siebie i w tożsamości. Ważnym elementem teorii jest typ osobowości, jako predykator pomyślnego starzenia się. B. Neugarten wyróżnia osiem wzorów osobowościowych opisujących sposób adaptacji do starości i dopasowania się do zmian sytuacji życiowych:

- reorganizatora – osoby zaangażowanej w szeroką działalność stale reorganizowaną;
- skupionego – osoby o wysokiej satysfakcji, lecz niskiej aktywności, skupionej na małej liczbie ról;
- niezaangażowanego – osoby o zintegrowanej osobowości i wysokiej satysfakcji, lecz wycofanej i cichej;
- powstrzymującego się – osoby odbierającej starość jako zagrożenie i poprzestającej na aktywności z poprzednich faz życia;
- duszącego się – osoby utrzymującej dobre interakcje społeczne w ramach obrony przed starzeniem się;
- szukającego wsparcia – osoby pragnącej być zależną i mającej osobę realizującą jej emocjonalne potrzeby;
- apatycznego – osoby biernej o niskiej satysfakcji;
- niezintegrowanego – osoby o zdezorganizowanym życiu w starości przez utratę kontroli nad emocjami (Halicka 2004, s. 339–340).

Starzejące się osoby prezentują odmienne wzorce osobowości oraz stylu życia, co daje różnorodne formy przystosowania się do starości, a w rezultacie różny poziom satysfakcji i zaangażowania.

Psychospołeczna teoria osobowości opisana przez E.H. Eriksona w 1951 roku opiera się na stadiach rozwojowych scharakteryzowanych przez pojawiający się w każdej fazie życia kryzys powstały na bazie konfliktu między dwiema opozycyjnymi tendencjami: kulturą (oczekiwania społeczne) a naturą (osobiste

potrzeby). Opisane przez E.H. Eriksona osiem faz przystosowawczych ujęto w postaci przeciwstawnych postaw. Każdą z faz wyodrębniono ze względu na zadania rozwojowe (egzystencjalne), których wykonywanie dominuje w każdej z nich, wywołując jednocześnie kryzys. Pomyślne rozwiązanie kryzysu owocuje określoną przez E.H. Eriksona cnotą (zob. tabela 1).

Tabela 1. Fazy w cyklu życia weług E.H. Eriksona

Kolejność fazy	Faza rozwojowa	Konflikt	Efekt rozwiązania konfliktu
I	wiek niemowlęcy	postawa zaufania wobec siebie i innych / postawa zależności od innych, udawania i zwątpienia	nadzieja
II	wiek poniemowlęcy	postawa autonomii / zwątpienie i wstyd	siła woli
III	wiek przedszkolny	postawa inicjatywy i aktywności / postawa pasywności związanej z poczuciem winy	cel
IV	wiek szkolny	postawa pracowitości i zaangażowania / postawa ustępowania związanego z poczuciem niższości	kompetencja
V	okres dorastania	postawa konstruktywnej tożsamości i stabilizacji wewnętrznej / zmienna ocena samego siebie	wierność
VI	wczesna dorosłość	postawa intymnej otwartości / psychiczna i społeczna izolacja	miłość
VII	średnia dorosłość	postawa twórcza, która wyraża się w trosce o przyszłe pokolenia, los społeczeństwa i świata / stagnacja i hamowanie własnego rozwoju	troska
VIII	późna dorosłość	postawa wewnętrznej integracji / postawa rozgoryczenia, rozpaczy i utraty nadziei	mądrość

Źródło: opracowanie własne na podstawie Erikson 2004.

Rozwiązanie poszczególnych konfliktów w ciągu życia owocuje sukcesem bądź porażką. Przewaga sukcesów w bilansie świadczy o rozwoju człowieka. To, w jaki sposób zostaną rozwiązane konflikty w okresie późnej dorosłości, ma znaczenie dla adaptacji,

społecznego funkcjonowania oraz poczucia satysfakcji w starości (Erikson 2004).

Poznawcza teoria osobowości zakłada, że człowiek dąży do poznania świata i samego siebie. Jest złożonym systemem absorbującym oraz integrującym informacje dotyczące nie tylko aktualnej rzeczywistości, lecz także procesów planowania, przewidywania i kontroli postępowania, motywacji i uczuć człowieka.

Poznawcza teoria osobowości opisana została w 1970 roku przez Hansa Thomae jako sposób postrzegania przez starzejącego się człowieka sytuacji i samego siebie. Zachodzące w wyniku starzenia się zmiany są oceniane subiektywnie przez pryzmat indywidualnych oczekiwań, a nie obiektywnie ocenianych zmian. Adaptacja do (nowej) sytuacji jest wynikiem równowagi między systemem motywacyjnym a poznawczym człowieka (Halicki 2006, s. 269). Obraz samego siebie, który powstaje w wyniku asymilacji danych pochodzących z doświadczenia, wpływa na postępowanie, tworzenie wyobrażenia o sobie, a jednocześnie na ocenę samego siebie, czemu towarzyszą określone stany emocjonalne.

Pojęcie własnej osoby (względnie stały wizerunek siebie) to samoświadomość, czyli zdolność do koncentracji uwagi na sobie, do monitorowania własnych myśli i uczuć, a także samoregulacja, czyli dostrajanie własnego zachowania do standardów wewnętrznych bądź oczekiwań innych ludzi (Łukaszewski 2000, s. 67–92). Stąd pogląd, że człowiek starszy ocenia siebie, swoje właściwości i możliwości, by osiągnąć określony cel, przez pryzmat własnych potrzeb lub spełnienia wymagań otoczenia. Jego samoocena dokonuje się przez porównanie siebie z istniejącym i akceptowanym przez otoczenie wzorcem.

Model pomyślnego starzenia się (opisany w podrozdziale *Pomyślne starzenie się*), spopularyzowany przez Paula Baltesa (1984), odnosi się do fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka w starszym wieku. Teorię tę P. Baltes

wspiera, charakteryzując siedem cech wpływających na rozwój człowieka:

- rozwój odbywa się przez całe życie;
- rozwój jest wielowymiarowy;
- rozwój jest plastyczny;
- rozwój można określić zarówno jako zysk, jak i stratę;
- zdolność do zmian jest procesem trwającym całe życie;
- istnieje związek między indywidualnym rozwojem a zmianami społecznymi i kulturowymi;
- bilans między zyskami i stratami pogarsza się wraz z wiekiem (Schulz, Heckhausen 1996, s. 702–713).

Na podstawie tych czynników opracowany został model selektywnej optymalizacji z kompensacją (SOK – *selective optimization with compensation theory*).

Pomyślne starzenie się bada i opisuje także J. Halicki (2010), co scharakteryzowane zostało w innym miejscu niniejszej publikacji.

Teoria rozwoju osobowego człowieka – SOK (autorstwa P. Baltesa i współpracowników) zakłada wykorzystanie trzech mechanizmów mających na celu przystosowanie się do starości: selekcjonowania, optymalizacji i kompensacji. Selektywność sprowadza się do filtrowania bodźców, wyboru odpowiednich czynności w starości, którym poświęcone zostaną czas i energia. Będą to zatem satysfakcjonujące, wartościowe czynności, podnoszące subiektywnie jakość życia. Istotne jest, aby człowiek był świadomy swoich ograniczeń i możliwości. Selekcja to reinterpretowanie celów w życiu i sposobów ich osiągania. Optymalizacja zakłada zawężenie, modyfikowanie i kreowanie nowych działań mających na celu stworzenie bardziej sprzyjających warunków.

> Jest ona określana jako rozmieszczenie oraz doskonalenie zasobów wewnętrznych i zewnętrznych i uzyskiwanie wyższych poziomów funkcjonowania w wybranych sferach (Steuden 2009, s. 73).

Optymalizacja obszaru psychologicznego koncentruje się na minimalizacji stresu i niezadowolenia. Niezależność w życiu codziennym i autonomia w działaniu są zaś dążeniem do optymalizacji sfery społecznej. Tego rodzaju działania mają swoje odzwierciedlenie w środowisku zamieszkania – dotyczy to zarówno rodziny, jak i instytucji, w których osoby starsze zamieszkują. Optymalizacja jest równocześnie strategią w aktywności fizycznej. Kompensacja jest sprawnym wykorzystaniem posiadanych zasobów i niwelowaniem doświadczanych strat, wynikających z procesu starzenia się. Istotne dla tej teorii jest uwzględnienie ukrytych rezerw, które zmniejszają się wraz z wiekiem. Niemniej wykorzystanie ich w pewnym wieku neutralizuje skutki starzenia się. Teoria rozwoju osobowego człowieka, jak pisze R.D. Hill,

> [...] w pewnym sensie daje człowiekowi przyzwolenie na doświadczanie deterioracji i sugeruje, że radzenie sobie ze starością polega na jak najlepszym korzystaniu z życia w podeszłym wieku w warunkach pogarszania się stanu zdrowia (2009, s. 83).

Gerotranscendencja sformułowana przez Larsa Tornstama w 1989 roku mówi, że człowiek w fazie starości wycofuje się z materialistycznego i racjonalnego spojrzenia na świat i życie na rzecz postrzegania w kategoriach transcendentnych, co wiąże się z rosnącym zadowoleniem z życia. Etap takiego pojmowania świata pojawia się w ostatniej fazie rozwoju i pozostaje nie bez związku zarówno z wewnętrznymi, jak i kulturowymi czynnikami (Halicki 2006, s. 272). Uznaje się, że jest to rezultat całościowego ustosunkowania się do świata wynikającego z rozwoju *ego* i procesu osiągania wolności wewnętrznej, przekraczania własnych ograniczeń i odkrywania sensu zdarzeń życiowych. Transcendentna postawa wobec życia możliwa jest dzięki wyzbyciu się postawy oceniającej siebie i innych oraz przyjęciu afirmującego nastawienia do biegu życia, co owocuje mądrością transcendentną (Wadensten 2007).

Według R. Atchleya (1997, za: Straś-Romanowska 2007) starość stwarza najdogodniejsze warunki do rozwoju mądrości ze względu na istnienie:

- bogactwa doświadczeń, w tym szczególnie doświadczeń straty, przemijania;
- wycofania się z aktywnego życia (np. zawodowego) bez poczucia żalu, a z poczuciem uwolnienia się; wycofanie prowadzi do wyciszenia się i możliwości głębszego rozmyślania;
- prostego trybu życia wzmacniającego rytuały codziennych czynności;
- spadku energii życiowej i osłabienia popędów biologicznych, co sprzyja refleksji i kontemplacji.
- Starość, przez swój specyficzny kontekst, sprzyja rozwojowi duchowemu oraz osiąganiu mądrości transcendentnej, co stanowi dalszy rozwój człowieka.

M. Muszyński (2015) podaje wskaźniki gerotranscendencji, którymi są:

- wzrost uczucia jedności ze światem – redefiniowanie rzeczywistości ze względu na czas, przestrzeń oraz obiekty, które się w niej znajdują;
- zmiana nastawienia do życia i śmierci, a przez to obniżenie lub wyeliminowanie lęku przed śmiercią;
- wzrost uczucia związku z przeszłymi, obecnymi i przyszłymi pokoleniami;
- zmniejszenie zaangażowania w podtrzymywanie zbytecznych kontaktów społecznych;
- zmniejszenie zainteresowania dobrami doczesnymi;
- zanik egocentryzmu oraz wzrost nastawienia kontemplacyjnego i medytacyjnego.

Osoby doświadczające zjawiska gerotranscendencji przedkładają filozoficzny sposób życia nad uporczywą często aktywizację seniorów w rozmaitych obszarach.

Proces gerotranscendencji, zdaniem L. Tornstama (2005), jest zjawiskiem wrodzonym i powszechnym, nie jest natomiast wynikiem ani pomyślnego, ani patologicznego, lecz normalnego starzenia się. Jej przeżywanie równoznaczne jest z osiągnięciem mądrości.

Koncepcja zadań rozwojowych R. Havighursta opisuje rozwój człowieka w zależności od podejmowania zadań rozwojowych przypisanych do każdej fazy życia. Treść tych zadań zależna jest od przemian środowiska wewnętrznego (psyche) człowieka oraz zewnętrznego (polis), a także od kompetencji i zasobów (intelektualnych, społecznych i emocjonalnych), z którymi wyszedł z poprzedniej fazy życia (Brzezińska 2000, s. 227–236). (Szerzej zadania rozwojowe i ich rozwiązywanie omawiamy w podrozdziale: *Starzenie się jako proces*).

Teoria biegu życia Ch. Bühler i E.H. Eriksona jest raczej koncepcją umożliwiającą badania nad rozwojem w cyklu życia i interpretowaniem danych. Koncepcja ta opiera się na podstawowych założeniach: starzenie się jest procesem trwającym od urodzenia do śmierci, dotyczy ono wszystkich obszarów życia ludzkiego: społecznego, psychologicznego oraz biologicznego, a doświadczenie starości kształtowane jest przez czynniki historyczno-kohortowe. Brak ścisłych powiązań tej koncepcji z teoriami (socjologicznymi, psychologicznymi) oraz znaczne zinstytucjonalizowanie życia ludzkiego powodują dowolność w określaniu znaczenia i istoty biegu życia.

Funkcjonowanie społeczne w starości i rodzaj relacji w tej fazie życia opisuje między innymi teoria wymiany społecznej mówiąca o tym, że podejmowanie interakcji w rodzaju wymiany wiąże się z bilansowaniem zysków i kosztów, a w tego rodzaju kalkulacji osoby starsze decydują się na zaniechanie kontaktów i działań społecznych ze względu na wysokie koszty zaangażowania (mniejsze zasoby osób starszych w konfrontacji z młodymi: dochody, praca, wykształcenie, siły, zdrowie). Wskutek tej niekorzystnej dla seniorów konfrontacji wycofują się oni z

interakcji lub nie podejmują ich w ogóle. Jedynie jednostki o (relatywnie) bogatych zasobach decydują się na podejmowanie aktywności i uczestniczenie w życiu społecznym. Teoria nie waloryzuje i nie ocenia wymiany (jej jakości), opisuje jedynie warunki podejmowania interakcji, wchodzenia w nie (ilość). Dodatkowo różna jest percepcja zysków i kosztów w sensie indywidualnym. Teoria ta opiera się bowiem na założeniu, że w starości społeczne zasoby człowieka, takie jak: siła, pieniądze, władza, szacunek, kontakty, ulegają zmniejszeniu, co powoduje dla seniora trudności w przeprowadzaniu wymiany z otoczeniem na zasadach wzajemności i ekwiwalentności, czyli na zasadach typowych dla osób aktywnych i (najczęściej) młodych (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006, s. 21). Wartość dóbr przekazywanych i otrzymywanych powoduje nierównowagę między pozycjami osób starszych i młodych, co może prowadzić do zależności seniorów od innych oraz ich degradacji społecznej. Osoby starsze mogą być traktowane jako grupa w pełni wartościowa w kontekście wymiany społecznej, jeśli rozpatruje się ją w sposób ciągły, na przestrzeni całej długości życia. Wówczas ich postawa bierności lub biorcy może być uważana za naturalną kolej rzeczy oraz rezultat zrównoważonego bilansu, po wcześniejszych fazach gromadzenia i przekazywania dóbr.

Teoria społecznych kompetencji i społecznego załamania została opisana w 1973 roku (Kuypers, Bengtson 1973, s. 181–201) w celu wyjaśniania wzajemnej zależności między osobami starszymi i ich światem społecznym. Opisuje reakcje podatnych na zranienia psychiczne seniorów w procesie asymilacji negatywnych komunikatów na swój temat i tworzenia na ich podstawie obrazu siebie samego. W wyniku negatywnych informacji o sobie związanych z utratą ról społecznych, kryzysów osobistych oraz ze stereotypizacją czy zdrowiem powstaje negatywne sprzężenie zwrotne skutkujące wycofywaniem się z życia społecznego i popadaniem w zależność wskutek etykietowania seniorów jako zależnych (przez otoczenie, media, rodzinę, personel medyczny). Następuje wówczas zanik dawnych

kompetencji i kwalifikacji oraz przyjęcie postawy osoby chorej, zależnej, niekompetentnej, a także eskalacja takiego nastawienia. Takie załamanie się społecznych kompetencji może zostać odwrócone przez tzw. rekonstrukcję społeczną, polegającą na podniesieniu, wzmocnieniu i odbudowaniu indywidualnych kompetencji przez najbliższe otoczenie seniora.

Teoria modernizacji, opisana przez Donalda O. Cowgilla i Lowella D. Holmesa (1972), rozpatruje role człowieka starszego w zależności od jego stosunków i pozycji, które przyjmuje w rozwiniętych systemach społecznych. Ponieważ role te są zależne od stopnia modernizacji społeczeństwa (industrializacji), więc i pozycja seniorów jest ujmowana w tej teorii jako odwrotnie proporcjonalna do poziomu industrializacji społeczeństwa, w którym funkcjonują. Role te rozpatruje się w rozmaitych obszarach społeczno-kulturowych – w społeczeństwach preindustrialnych pozycja seniora była wysoka ze względu na jego wiedzę, doświadczenie, zasoby osobiste, w społeczeństwie industrialnym (współcześnie – w społeczeństwie wiedzy i globalizacji) prestiż ludzi starszych znacznie się obniżył w kontekście czterech obszarów modernizacji: technologii zdrowotnej, ekonomicznej, urbanizacji oraz edukacji.

Specyfikę starości jako zjawiska społecznego stara się wyjaśnić między innymi **teoria stratyfikacji wiekowej**, opierająca się na założeniu kohorty wieku jako zjawiska regulującego i dzielącego poszczególne pokolenia w globalnym ujęciu społeczeństw. Napływ kohortowy oznacza wchodzenie w fazę starości osób (grup) urodzonych w tym samym czasie historycznym, co różnicuje je pod względem doświadczeń, wiedzy, a także postaw i zachowań. Wiek jest jedynym kryterium wejścia do grupy cieszącej się w danym społeczeństwie określonym statusem społecznym lub wyjścia z niej. Zwraca to uwagę na niehomogeniczność osób w fazie starości, ich indywidualność i różnorodność, w zależności od kohort, których są członkami, nie bierze się jednak pod uwagę zróżnicowania sytuacyjnego występującego wśród nich.

Teoria subkultury, opisana przez Arnolda M. Rose'a (1965), wskazuje na specyfikę zachowań i społecznego traktowania populacji seniorów. Za czynniki subkulturogenne uważa się marginalizację i wykluczanie osób starszych oraz istnienie intensywniejszych interakcji między rówieśnikami niż jakąkolwiek inną populacją, a zjawiska te oparte są na dwojakiej kategorii czynników: społecznych oraz psychospołecznych (Rose 1965, s. 3–15). Z pierwszą z nich mamy do czynienia w przypadku ekskluzji z działań i interakcji, z drugą natomiast w sytuacji istnienia więzi wspólnotowych, których podstawą jest wzajemna przyjaźń członków grupy, podobny status społeczny, zbliżone potrzeby, problemy oraz aktywność i zainteresowania wynikające z fazy życia, w której się znajdują. Podłoże powstawania subkultury seniorów związane jest z postępem medycyny i poprawą warunków życia, co przekłada się bezpośrednio na długość życia i relatywnie dobry stan zdrowia, warunkujący zarówno angażowanie się w aktywność typową dla wieku 60+, tworzenie odrębnej kultury, jak i zdolność do odczuwania jedności wspólnotowej z rówieśnikami. Charakter społeczno-organizacyjny procesów prowadzących do formowania się subkultury seniorów związany jest z szeroką działalnością państwa (systemu), implikowaną szeregiem wyzwań i konieczności wynikających ze wzrastającej liczby osób w wieku poprodukcyjnym w państwie. Także konsekwencje opiekuńcze procesu starzenia się społeczeństwa w dużym stopniu podlegają uregulowaniom systemowym. Placówki wsparcia, domy pomocy (głównie socjalnej) i opieki, rekrutacja oraz kształcenie pracowników do tego rodzaju zawodu wymagają stałej modyfikacji względem potrzeb i oczekiwań seniorów.

Mniej istotna współcześnie jest **teoria ekonomii politycznej wieku**, która powstała do opisania marksistowskiego spojrzenia na dystrybucję władzy i zasobów w społeczeństwie. Partycypacja we władzy i dobrach udostępniana jest nielicznym, większość jest wykluczana, co powoduje napięcia wewnątrz społeczeństwa stratyfikowanego za pomocą współzawodniczenia o dostęp do dóbr. Podejście tego rodzaju bywa używane do opisywania

społecznego funkcjonowania osób w wieku poprodukcyjnym w społeczeństwie kapitalistycznym. Wskazuje się wówczas, że programy opiekuńcze dla osób starszych przynoszą więcej korzyści kapitalistom niż samym seniorom (Olson 1982).

Teoria naznaczenia społecznego opisuje zjawisko syndromu społecznego załamania charakteryzujące osoby starsze jako szczególnie podatne na mechanizm naznaczenia społecznego. Zjawisko to ma związek z utratą ról społecznych przez osobę starszą oraz brakiem grup odniesienia, co skutkuje zanikiem sprzężenia zwrotnego w interakcjach społecznych. Tego rodzaju sytuacja społeczna powoduje dostosowanie zachowań seniorów zgodnie z ich autoidentyfikacją jako osób zależnych oraz wymagających działań pomocowych. Przeciwdziałać temu zjawisku może dobrze zorganizowany system pomocy społecznej oraz dynamiczne interakcje osób starszych z otoczeniem oparte na aktywności (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006, s. 21).

Teoria opanowania trwogi (*terror management theory* – TMT), opisana przez Jeffa Greenberga, Sheldona Solomona i Toma Pyszczynskiego, odwołuje się do egzystencjalnego podłoża życia człowieka. Wydaje się mieć szczególne znaczenie w interpretacji postaw osób starszych i wobec osób starszych (por. Fabiś 2011b). Związki doświadczenia wyrazistości śmiertelności z lękiem przed śmiercią, a także tworzenie się mechanizmów obronnych łagodzących trwogę śmiertelności to podstawowe jej elementy. Twórcy teorii zainspirowani zostali dziełami antropologa Ernesta Beckera, a punktem wyjścia stało się osadzone w socjobiologii założenie, że człowiek jest wytworem ewolucji i integralnym elementem przyrody. Mechanizmy psychiczne i zachowanie człowieka są konsekwencją ewolucji, a podstawową zasadą w przyrodzie jest przetrwanie. Jednak człowiek ma świadomość śmierci i z jednej strony pozwala ona przetrwać, a z drugiej – staje się źródłem paraliżującego lęku. E. Becker przypisywał kulturowej koncepcji rzeczywistości i poczuciu własnej wartości,

wynikającej z wpisywania się w tę rzeczywistość, rolę motoru napędzającego poczucie sensu, wartości i bezpieczeństwa. Ideologie, religie, układy społeczne, systemy moralne stwarzają możliwość antycypowania i odnalezienia się w nich. Umożliwiają postrzeganie siebie jako wartościowych przedstawicieli wybranych światopoglądów. To z kolei pozwala poradzić sobie ze świadomością własnej skończoności. Idąc tym tropem, twórcy teorii opanowania trwogi zakładają, że istota ludzka, tak jak inne organizmy żywe, wyposażona jest w instynkt przetrwania, dąży do unikania śmierci. Człowieka charakteryzują także potrzeby społeczne, a zarezerwowane wyłącznie dla niego mechanizmy usprawniają jego adaptację do różnych warunków. Są to trzy zdolności: odczytywania zdarzeń w kategoriach przyczynowo-skutkowych, zdolność przewidywania oraz zdolność do refleksji (por. Oleś 2003, s. 286).

Za pomocą licznych badań zwolennicy teorii opanowania trwogi dowodzą, że świadomość nieuchronności śmierci obciąża ludzi permanentnym niepokojem – trwogą. Jest ona na tyle silna, że oddziałuje na procesy psychologiczne i zachowania społeczne jednostki. Jest to stan paraliżujący, który może obniżać możliwości przystosowawcze. Teoria zakłada związek „zwierzęcego" instynktu przetrwania z wyjątkowym, bo wyłącznie ludzkim, atrybutem umysłu, uświadamiającym kres życia. Nieopanowana trwoga może doprowadzić do negatywnych dla jednostki i społeczności skutków w postaci refleksji nad śmiertelnością. Dlatego też człowiek wyposażony jest w mechanizmy ochronne, mające na celu opanowanie destrukcyjnej trwogi. Jednym z nich jest zdolność tłumienia samych myśli o śmierci. Jak dowodzą badania, w określonych warunkach może ona wprawdzie pozytywnie wpłynąć na zachowania (np. prozdrowotne), ale jednocześnie istnieje obawa, że mechanizm ten może wpływać niekorzystnie na zdrowie fizyczne i psychiczne (Arndt *et al.* 2008). Dla niektórych nieskomplikowanymi środkami pozwalającymi zapomnieć o kruchości życia mogą stać się używki, które w sytuacji kryzysowej oferują pewnego rodzaju zakłócenie rzeczywistości, dzięki czemu kosztem zdrowia można przetrwać cierpienia związane ze

świadomością własnej śmiertelności. Można także, jak przekonują badacze, zaprzeczać własnej kruchości przez dbałość o swoje zdrowie i kondycję fizyczną, stosowanie odpowiednich diet i takie postępowanie, które według licznych źródeł gwarantuje długie, zdrowe życie. Prostym sposobem okazać się może unikanie sytuacji pobudzających do refleksji nad śmiertelnością, jednak nie można się ich całkowicie pozbyć z życia codziennego – szczególnie w późnej dorosłości.

Skutkiem nieradzenia sobie z myślami o śmierci jest uruchomienie „zamienników" psychologicznych. Są to lęki i zaburzenia psychiczne. Ich celem jest usunięcie z centrum uwagi myśli o własnej śmierci i zastąpienie jej inną. Mechanizmy te przekierowują lęk przed śmiercią – czyli przed zjawiskiem nieznanym, tragicznym, wyjątkowym, niezbadanym i najbardziej tajemniczym – na strach dający się w jakiś sposób opanować. Strach przed myszami nie jest już tak dramatyczny, tak istotny jak lęk przed śmiercią, jego obiekt jest jasno określony, a samo występowanie tego zjawiska banalne. Po prostu łatwiej bać się myszy niż śmierci.

Jednak najważniejszymi strategiami, buforami łagodzącymi lęk przed śmiercią są działania mające na celu podwyższenie samooceny oraz odwołanie się do istniejących w danej kulturze wzorców. Właśnie zinternalizowane wzorce kulturowe mają wpływ na strukturalizację osobowości jednostki i jej funkcjonowanie w społeczeństwie. Wpisywanie się w standardy danego światopoglądu jest podstawą do uspokojenia trwogi, gwarancją poczucia bezpieczeństwa, gdyż postępowanie zgodne ze standardami kulturowymi gwarantuje nieśmiertelność symboliczną. Religie zapewniają nawet nieśmiertelność fizyczną, np. przez wieczne życie w innym świecie bez śmierci. Wystąpić więc musi zbieżność istnienia pewnych systemów moralnych, konstrukcji symbolicznych czy inaczej standardów kulturowych oraz jaźni, przedstawiającej jednostkę jako wartościową dzięki wpisaniu się w przyjęty światopogląd. Tę symboliczną nieśmiertelność daje świadomość pozostawienia po sobie młodego pokolenia, wartościowych przedmiotów, spuścizny intelektualnej,

kulturowej, artystycznej i tych wszystkich elementów kultury, które pozwalają jej przetrwać, wzbogacają ją. Pozostać ma nieśmiertelna cząstka człowieka w następnych pokoleniach, budowlach, dziełach sztuki, zgromadzonych dobrach materialnych, wspomnieniach.

W sytuacji eksponowania śmiertelności mechanizm redukujący lęk przed śmiercią mobilizuje do działań na rzecz reprezentowanego systemu moralnego, światopoglądu, religii, tworząc bufor łagodzący ten lęk przez zapewnienie zaspokojenia pierwszorzędowej potrzeby, jaką jest poczucie własnej wartości i wpisanie się w standardy danej kultury. Należy jednocześnie zaznaczyć, że gdy występuje wysokie mniemanie o samym sobie, to w przypadku wyrazistości śmierci nie zachodzi potrzeba identyfikacji z otoczeniem.

Drugą strategią defensywną jest koncentracja na podtrzymaniu lub podniesieniu samooceny. Co więcej – nie tyle idzie o to, by mieć trafną samoocenę, co wysoką. Angażując się w działania na rzecz własnego światopoglądu, człowiek utwierdza się równocześnie w przekonaniu o własnej wartości, chroni to poczucie. I to jego wysoki poziom jest orężem w walce z lękiem przed śmiercią, gwarantuje mniejszą dostępność myśli o niej. Osoby o wysokiej samoocenie są mniej wrażliwe na sygnały dotyczące śmierci, co więcej – wysoka samoocena postrzegana jest nawet jako substytut nieśmiertelności.

Interpretatorzy teorii opanowania trwogi wskazują jeszcze na inne mechanizmy łagodzące lęk przed śmiercią. Szczególnie istotne w przypadku osób starszych są kontakty społeczne. Konsekwencją eksponowania śmierci jest motywacja do zacieśniania więzi z osobami o niekonkurencyjnym światopoglądzie. Dzięki nim człowiek ma poczucie przynależności i wzrasta jego poczucie bezpieczeństwa. Związki z bliskimi mogą być ważnym mechanizmem zabezpieczającym przed lękiem egzystencjalnym. Pozostaje jeszcze odpowiedzieć na postulat Wiesława Łukaszewskiego, by do dwóch kluczowych buforów łagodzących lęk przed śmiercią oraz kontaktów z bliskimi dołączyć czwarty – zmianę nastroju.

Proces starzenia się jest zjawiskiem trudnym nie tylko z jednostkowego (podmiotowego) punktu widzenia, lecz także ze względu na różnorodność kontekstów, w których proces ten przebiega i w których funkcjonuje starszy człowiek. Dlatego też w wyjaśnianie tego procesu angażują się przedstawiciele różnych dziedzin nauki, by go optymalnie i możliwie wyczerpująco scharakteryzować.

Teorie gerontologiczne są koncepcjami naukowymi, które służą opisaniu i wyjaśnianiu tego skomplikowanego i ważnego procesu w kontekście rozmaitych czynników oraz zjawisk, mających znaczenie w jego przebiegu: społecznych, historycznych, kulturowych, gospodarczych, politycznych, indywidualnych oczekiwań, predyspozycji i możliwości.

2. Starzenie się i jego charakterystyka

Starzenie się i starość na stałe weszły do przedmiotu badań i teorii wielu nauk, między innymi pedagogiki, socjologii, psychologii, ekonomii, polityki społecznej, demografii. Coraz częściej stają się też tematem społecznej debaty. Główny ciężar tych rozważań i dyskusji skupia się na postawach, **możliwościach rozwoju, adaptacji i asymilacji osób starszych** do schyłkowego okresu życia. Ten wzrost zainteresowania zagadnieniami starzenia się i starości dyktowany jest zmianami demograficznymi dokonującymi się w większości krajów Europy i świata.

2.1. Starość jednostkowa i globalna

Proces demograficznego starzenia się społeczeństw to wynik kumulacji zmian będących następstwem określonych procesów zachodzących we współczesnych rodzinach i w innych obszarach życia społecznego. Szeroko rozumiany postęp cywilizacyjny przyniósł rozwój gospodarki, ekonomii, medycyny i farmakologii, dając w konsekwencji poprawę warunków zdrowotnych współczesnych seniorów, wydłużenie średniej długości życia człowieka oraz poprawę warunków ekonomicznych funkcjonowania współczesnych rodzin.

Demograficzne starzenie się społeczeństw równoznaczne jest z sytuacją stałego wzrostu liczby ludności w wieku powyżej 65. roku życia, przy jednoczesnym niskim wskaźniku urodzeń (zmiana modelu rodziny głównie w obszarze dzietności) i wydłużaniu się trwania ludzkiego życia.

Przyczynami starzenia się społeczeństw krajów rozwiniętych są niska śmiertelność dzieci i coraz powszechniejsze dożywanie wieku sędziwego wskutek rosnącego poziomu życia i medycyny, a także

niski wskaźnik dzietności (w Polsce obecnie kobieta rodzi 1,3 dziecka zamiast 2,1, czyli poniżej wskaźnika prostej zastępowalności pokoleń, kiedy konieczna jest nadwyżka liczby urodzeń nad liczbą zgonów) (Szukalski 2008a, b).

Istnieją dwa rodzaje wskaźników określających stopień zaawansowania starości demograficznej w poszczególnych państwach – to miary ONZ i E. Rosseta.

Przekroczenie wskaźnika liczby osób powyżej 65. roku życia w ogólnej liczbie ludności na poziomie 7% (miara ONZ) i osób w wieku 60 i więcej lat życia na poziomie 12% (miara Rosseta) uznaje się za przekroczenie progu starości demograficznej. Zgodnie z tymi dwoma wskaźnikami współcześnie nie ma na świecie społeczeństw, które nazwać można „młodymi".

W 2020 roku co czwarty, a w 2050 co trzeci człowiek przekroczy 60. rok życia (Mały Rocznik Statystyczny GUS 2003, s. 81–84). Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego niski przyrost naturalny w Polsce doprowadzi za ćwierć wieku do zmniejszenia się liczebności naszego kraju o prawie 2,5 mln osób, jednak ludzi starszych przybędzie. Szacuje się, że populacja seniorów zwiększy się prawie o 75%. Za ćwierć wieku będzie ich w Polsce ponad 8,5 mln; w 2009 roku wskaźnik senioralizacji Polski przekroczył 18,8% (Department of Economic and Social Affairs Population Division 2009).

Ponadto w ciągu stu lat (1950–2050) Europa odnotuje wzrost liczby osób w wieku 80 lat i więcej z 1,1% do 10% całej populacji (z 3% w roku 2000 do 5,5% w 2025), co stanowi niemal dziesięciokrotny wzrost udziału najstarszego pokolenia w globalnej liczbie obywateli (World Population Ageing 1950–2050, za: Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006).

W sensie jednostkowym za początek starości uważa się przekroczenie 60. roku życia – według postanowień Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i 65. rok życia – według ustaleń ONZ, a próg ten powiązany jest jednocześnie z osiągnięciem wieku emerytalnego w obecnie funkcjonującym (starym) systemie emerytalnym. Nowe prawo emerytalne w Polsce przesunęło wiek

emerytalny na 67. rok życia dla kobiet urodzonych po 1973 roku oraz mężczyzn urodzonych po 1953 roku.

Według danych ONZ ludzie w wieku 60 lat i starsi stanowią 20% całej populacji świata, według danych szacunkowych WHO w 2020 roku 30% globalnej populacji stanowić będą osoby w wieku 60+ (za: Steuden 2009).

Obecnie (rok 2015) osoby w wieku 60–84 lat w Polsce to grupa prawie 7700 tys., co stanowi 19% ogółu ludności, w tym osoby w wieku 65–84 lat stanowią 5050 tys.

Populacja osób w wieku ponad 85 lat („czwarty wiek") stanowi (odrębną demograficznie i społecznie) grupę ponad 620 tys. osób, czyli (dalsze) 1,6% ogółu ludności Polski.

W sumie seniorzy w ujęciu E. Rosseta oraz według klasyfikacji WHO to grupa licząca w Polsce ponad 21% ogółu ludności (Rocznik Demograficzny 2014, s. 140, tabl. 15).

Wartości te według Rocznika Statystycznego RP 2013 w roku 2005 wynosiły: 6204 tys. osób w wieku 60–84 (16%), 354 tys. osób w wieku 85+ (0,9%), czyli w sumie 17%.

Przyrost liczby seniorów w kolejnych latach jest znaczący, przy czym istotny i charakterystyczny jest rosnący udział procentowy kobiet w poszczególnych grupach wiekowych (kohortach): w grupie 60–64 lata wynosi 54%, w grupie 65–84 – 60%, a w grupie 85+ – 74% udziału kobiet w ogólnej liczbie osób (Rocznik Statystyczny RP 2013).

Tabela 2. Podział okresu starości na podokresy

Starość		
wg Wojciecha Pędicha	wg Józefa Kocemby	w ujęciu psychospołecznym
60.–74. rok życia WCZESNA STAROŚĆ	60.–75. rok życia TRZECI WIEK (*young old*)	60.–67. rok życia PRZEDPOLE STAROŚCI – przygotowanie się do emerytury
75.–89. rok życia PÓŹNA STAROŚĆ	75.–90. rok życia STAROŚĆ DOJRZAŁA (*old old*)	67. rok życia POCZĄTEK STAROŚCI SPOŁECZNEJ – przejście na emeryturę 67.–75. rok życia ROLA UŻYTKOWNIKA CZASU WOLNEGO – poszukiwanie i podejmowanie satysfakcjonującej aktywności
pow. 90. roku życia STAROŚĆ SĘDZIWA, DŁUGOWIECZNOŚĆ	pow. 90. roku życia DŁUGOWIECZNOŚĆ (*oldest old*)	pow. 75. roku życia ROLA BIORCY I KONTEMPLATORA – starość socjalna

Źródło: opracowanie własne na podstawie Pędich 1996, s. 7; Kocemba 2000, s. 108.

Starość, nazywana również trzecim wiekiem (60.–75./80. rok życia), współcześnie obejmuje również wiek czwarty (powyżej 80 lat), jako odrębną kulturowo i społecznie grupę wiekową. W jej obrębie specyficzną kategorię stanowią stulatkowie, których liczba zwiększa się każdego roku. Według szacunków ONZ w roku 2050 na świecie żyć będzie ponad 2 mln stulatków. W Polsce według różnych badań i danych pozyskiwanych między innymi z Narodowego Spisu Powszechnego PESEL oraz Powszechnego Spisu Ludności w 2002 roku grupa (ponad)stulatków liczy od 1500 do 2500 osób, szacuje się ponadto, że do 2060 roku liczba stulatków na świecie osiągnie 2,5 mln osób (por. Szukalski 2000, s. 3–8).

Podział starości na wiek trzeci i czwarty oznacza według niektórych autorów także stratyfikację o sensie nie tylko społecznym, ale i socjalnym – wiek trzeci jest traktowany jako okres aktywności i niezależności, czwarty natomiast oznacza częściej zależność od innych i konieczność opieki/alimentacji (por. Stuart-Hamilton 2006). Podobnego zdania jest J. Halicki (2000, s.

275), który opisuje wiek trzeci jako okres wolności od obowiązków zawodowych i rodzinnych (rodzicielskich), a czwarty jako koniec autonomii i początek uzależnienia od innych. P. Baltes dowodzi, że przejście z wieku trzeciego do czwartego zdeterminowane jest trzema prawidłowościami. Pierwsza z nich oznacza dynamiczny spadek potencjału biologicznego człowieka z jednoczesnym wzrostem dysfunkcji i zaburzeń. Druga prawidłowość wskazuje na wzrost zapotrzebowania na zasoby kulturowe[1], środowiskowe, mające wspomagać i łagodzić skutki wzrastających deficytów. Jednocześnie trzecia prawidłowość podkreśla zauważalnie obniżającą się efektywność radzenia sobie ze zmianami w starości za pomocą zasobów kulturowych (por. Martin, Kliegel 2005, s. 46–49).

Głównymi skutkami starzenia się ludności są nie tylko konieczność zmiany granicy wieku uznanego za początek starości oraz wieku emerytalnego, lecz także rytmu i czasu pracy, polepszenia obsługi medycznej, podniesienia jakości życia osób starszych, zreformowania systemu emerytalnego i innych systemów w funkcjonowaniu poszczególnych państw. Powiększanie się populacji ludzi starych zwraca bowiem uwagę na znaczenie takich sfer, jak: świadczenia społeczne, emerytalne, opieka medyczna i pomoc socjalna, co z kolei owocuje wzrostem przeświadczenia młodszej części społeczeństwa o nadmiernym obciążeniu kosztami utrzymania emerytów i związane z tym poczucie krzywdy.

Wiek jest znaczącą cechą człowieka – jedną z dwu głównych, obok płci. Z biegiem czasu i przemian cywilizacyjnych stał się również podstawowym kryterium stratyfikacji społecznej. Wraz z przyrastającą liczbą osób starszych na całym świecie starość stała się zagadnieniem społecznym urastającym do rangi problemu w społeczeństwach opartych na kulturze pracy i osiągnięciach gospodarczych. Sytuacja demograficzna stała się niejako impulsem do nowego postrzegania fazy późnej dorosłości, do stworzenia warunków, także edukacyjnych, zawodowych i

gospodarczych, by osoby starsze rozpatrywać w kategoriach potencjału, zasobów – społecznych, kulturalnych i ekonomicznych.

Starość jako faza życia ewoluowała głównie pod względem długości trwania, a to implikowało zmiany w zakresie pełnionych ról społecznych oraz zadań rozwojowych przypisywanych człowiekowi w tym okresie życia, z tego względu jest ona zjawiskiem niehomogenicznym oraz niejednoznacznie definiowanym w sensie społecznym.

Zgoda w literaturze przedmiotu panuje jednak co do konieczności komplementarnego podejścia do starości, uwzględniającego jej wszystkie wymiary: fizyczny, psychiczny i społeczno-kulturowy.

2.2. Starzenie się jako proces

Starość jest zjawiskiem naturalnym, a w przypadku człowieka – bardzo indywidualnym i zależnym od wielorakich czynników, jest także nieuchronna i nieodwracalna. Literatura naukowa dostarcza wielu teorii, definicji i poglądów dotyczących procesu starzenia się i specyfiki tej fazy życia. Z tego swoistego katalogu definicji starzenia się i starości trudno jest wyłonić jedną, niebudzącą wątpliwości. Większość definicji tego procesu potwierdza przekonanie, że starzenie się w wymiarze jednostkowym opiera się przede wszystkim na aspekcie biologicznym. Podkreśla się w nich, że starzenie się jest procesem zmian o charakterze inwolucyjnym, doprowadzającym do osłabienia funkcji poszczególnych organów i ostatecznie do śmierci. Klasycznym już dziś przykładem takiego podejścia jest definicja Alexa Comforta (1968, s. 7), który przyjmuje, że starzenie się jest procesem stopniowym, doprowadzającym do spadku żywotności i odporności, a spadek ten ujawnia się z upływem czasu.

Starzenie się to stały, długotrwały proces fizjologiczny, który zachodzi w osobniczym rozwoju żywych organizmów. Współcześnie istnieją tendencje, by starzenie się i starość traktować łącznie, a dominuje pogląd, że starzenie się jest procesem rozwojowym, jednym ze stadiów życia człowieka. Stąd starzenie się traktowane jest jako naturalny proces rozwojowych zmian swoistych dla każdego etapu życia, a cechą charakterystyczną jest jego wielokierunkowość.

Starzenie się jest zatem jednym z następujących kolejno etapów w cyklu życia ludzkiego, który uznać należy za proces wielowymiarowy, naturalny, długotrwały i nieodwracalny, co podkreślają liczne definicje.

A.A. Zych określa starość

> [...] jako nieunikniony efekt starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergicznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu (2001, s. 202).

Natomiast J. Piotrowski określa starość jako

> [...] zjawisko kulturowe, wywołane na podłożu biologicznym, związane z osłabieniem sił, lecz jego wiązanie wyłącznie z wiekiem kalendarzowym jest umowne, wynikające z konwencji przyjętej w systemie zabezpieczeń społecznych (1973, s. 38).

W definicjach starości zwraca uwagę wieloaspektowość rozpatrywania tej fazy życia i związane z nią definiowanie samego wieku jako podstawowego kryterium. Sprecyzowanie poszczególnych pojęć starości umożliwia optymalne oznaczenie jej progów, a najistotniejszymi ujęciami tej kategorii są: starość demograficzna, biologiczna, społeczna, wiek biologiczny, psychiczny, społeczny, ekonomiczny, socjalny, które wyjaśnione zostały w kolejnych częściach publikacji.

Starzenie się to trójpłaszczyznowy proces przebiegający w sferze biologicznej, psychologicznej i społecznej. Zmiany w obrębie jednej z nich wpływają na regulacje w pozostałych, wszystkie bowiem tak dalece się przenikają i warunkują, że rozpatrywać je należy całościowo. Ponieważ suma wszelkich zdarzeń w życiu ma niewątpliwy wpływ na przyjmowane w starości postawy, style życia oraz ocenę jego jakości, powstaje potrzeba rozróżnienia poszczególnych kryteriów wieku: **biologicznego**, **społecznego**, **ekonomicznego** i **socjalnego** oraz **psychologicznego**.

Wiek biologiczny (utożsamiany często z wiekiem czynnościowym) mówi o stopniu ogólnej sprawności i żywotności organizmu, który określa często poziom sprawności życiowej, istotny z punktu widzenia ewentualnej dalszej pracy zawodowej. Podstawę określenia wieku biologicznego stanowią biologiczne i medyczne aspekty (pomiary) funkcjonowania organizmu człowieka

wyznaczone głównie obniżeniem funkcji życiowych i zmianami w działaniu narządów.

Na gruncie nauk biologicznych funkcjonuje wiele teorii i hipotez dotyczących przyczyn starzenia się organizmu ludzkiego, można je zasadniczo podzielić na komórkowe i genetyczne. W pierwszej grupie znajduje się między innymi teoria Leonarda Hayflicka na temat ograniczonego podziału komórek w procesie ich odnowy (tzw. **limit Hayflicka**), co jest bezpośrednią przyczyną braku możliwości regeneracji komórek i jednocześnie starzenia się organizmu (1965, s. 614–636). Należy tutaj zaliczyć także teorię wolnorodnikową, zaproponowaną po raz pierwszy w 1956 roku jako przypuszczenie, że zmiany prowadzące do starzenia się są indukowane uszkodzeniami makrocząsteczek komórkowych (DNA, białka, lipidy, węglowodany), które powstają na skutek działania wolnych rodników. Wolne rodniki tlenowe są przyczyną niszczenia lipidów komórkowych, a także uszkadzają białka i DNA jądrowe oraz mitochondrialne, co prowadzi do zaburzeń w funkcjonowaniu komórek oraz do zmian starczych, a w konsekwencji do śmierci (Bromley 1969, s. 35).

Teorie genetyczne natomiast mówią o tym, że długość życia, tempo oraz jakość starzenia się są zaprogramowane genetycznie, a w trakcie życia człowieka dochodzi do licznych uszkodzeń materiału genetycznego. Teorie z tej grupy – np. programowego starzenia się – wychodzą z założenia, że w przypadku każdego organizmu działa zaprogramowany wewnętrzny zegar, który określa długość życia specyficzny dla każdego gatunku. Omawiana teoria znajduje przynajmniej częściowe poparcie w badaniach laboratoryjnych i obserwacjach populacyjnych. Wynika z nich między innymi, że członkowie rodzin, w których spotyka się osoby długowieczne, mają większe szanse na długie życie niż inne jednostki, ponadto różnice w długości życia są przeciętnie mniejsze w przypadku bliźniąt jednojajowych niż innych rodzeństw. Za potwierdzenie tej teorii uważa się również występowanie chorób o podłożu genetycznym związanych z przedwczesnym starzeniem się (progeria, zespół Downa, zespół Wernera) (za: Bromley 1969, s. 36–37). Warto wymienić również

teorię kumulacji stresów, która uznaje starzenie się organizmu za sumę oddziaływań wszystkich stresów, wpływających na organizm w ciągu całego życia. Jako powód tracenia adaptacyjnych zdolności w okresie starości wyróżnia się kumulatywny skutek nieustannego tracenia małych cząstek tkanki, co spowodowane jest zwykle obrażeniami i drobnymi pęknięciami naczyń krwionośnych. Tę koncepcję można uznać za pomost łączący biologiczne i społeczne teorie starzenia się, gdyż stres jest często wynikiem oddziaływania środowiska w szerokim tego pojęcia rozumieniu.

Trudności w określeniu wieku na podstawie zmian biologicznych związane są ze zjawiskiem heterotopii starzenia się – niejednakowego zużywania się narządów tego samego organizmu (Pędich, Jakubowska, Kunda 1983, s. 19). Uchwycenie momentu starzenia się biologicznego jest trudny, ale można przyjąć za jego początek zachwianie równowagi metabolicznej organizmu – kiedy procesy kataboliczne przeważają nad metabolicznymi (Szarota 2010, s. 27).

W biologicznym ujęciu starzenie się jest rozumiane jako

> [...] jeden z prawidłowych etapów rozwoju osobniczego, polegający na zachodzących wraz z wiekiem zmianach morfologicznych i czynnościowych prowadzących do stopniowego ograniczania możliwości adaptacyjnych ustroju (Klonowicz 1979, s. 11).

Wiek biologiczny nie jest jednoznacznym wskaźnikiem, gdyż jakość starzenia się i jego tempo zależne są w dużej mierze od indywidualnych – biograficznych i psychicznych – uwarunkowań. Mimo nieodwracalności (naturalnego) procesu starzenia się można go spowolnić, opóźnić dzięki działaniom aktywizującym, prowadzeniu zdrowego stylu życia. Jest to o tyle istotne, że biologiczny aspekt starości wpływa na sferę psychiczną człowieka, ta zaś ma duże znaczenie dla jakości życia i postaw społecznych w starości.

Wiek społeczny odzwierciedla sytuację społeczną jednostki związaną z jej miejscem w strukturze społecznej oraz pełnieniem przez nią określonych ról. Rola społeczna rozumiana jest jako stały schemat działania w ramach społeczeństwa implikowany społecznymi oczekiwaniami wobec jednostki, związany z prawami i obowiązkami człowieka oraz jego statusem. Każda rola jest wyznaczona normatywnie, co oznacza, że jest obwarowana zakazami, nakazami, przywilejami, powinnościami oraz zakresem działań i wolności możliwych do zrealizowania w jej ramach, na co zwraca uwagę między innymi Ewa Marynowicz-Hetka (2006, s. 103–104).

Współcześnie role społeczne, pełnione jednocześnie, charakteryzują się dużym zróżnicowaniem i są często względem siebie kontradyktoryjne, np. rola dziadka, rola pracownika, rola emeryta i użytkownika czasu wolnego, co wywoływać może napięcia i frustracje (por. Wawrzyniak 2013). Wyróżnia się role przypisane człowiekowi (np. rola pracownika, rola męża) i przez niego osiągane (rola studenta, rola przewodniczącego organizacji, rola przełożonego). W okresie starości człowiek z roli dawcy (pracownika) przechodzi do roli biorcy (emeryta, rencisty), czyli zamiast ról centralnych pełni role peryferyjne, często marginalne w rozumieniu systemu społecznego funkcjonowania. Tego rodzaju zmiana ma swoje konsekwencje w postaci obniżenia statusu społecznego i ekonomicznego, zmiany stylu życia, zmian w układzie ról rodzinnych (z żywiciela i opiekuna staje się osobą wymagającą opieki i wsparcia). Częstokroć wiąże się to z utratą szacunku oraz marginalizacją osób starszych.

Role pełnione przez osoby starsze zamykają się w kategoriach ról rodzinnych (matka, babcia, prababcia, teściowa), formalnych (członek stowarzyszeń, organizacji politycznych, religijnych), nieformalnych (uczestnik grupy rówieśniczej, sąsiedzkiej, towarzyskiej), zawodowych (pracownik, wytwórca), społecznych (obywatel kraju, świata, emeryt, użytkownik czasu wolnego).

Wiek społeczny jest wyrazem oczekiwań dotyczących zachowania się przedstawicieli danej grupy, określony zwyczajowo, w dużej mierze obyczajowo. Ian Stuart-Hamilton

(2006, s. 213) pisze, że w kulturze Zachodu oczekuje się od osób starszych stateczności jako cechy dominującej w ich stylu życia i aktywności, jednak przemiany cywilizacyjne (głównie technologiczne) wymuszać będą w ciągu najbliższych lat zmianę tego podejścia, a wraz z nim zmieniać się będą kryteria starości i role przypisane osobom starszym. Scenariusze typowych ról ulegają wyraźnym przemianom pod wpływem czynników kulturowo-społecznych. Badania pokazały, że sposób pełnienia takich (typowych) ról, jak bycie dziadkiem, emerytem i rodzicem dorosłych dzieci, uległ na przestrzeni kilkudziesięciu ostatnich lat ogromnym przemianom, a najpoważniejsza z nich dotyczy instytucjonalizacji życia ludzi starszych, która rodzi nowe (nieznane we wcześniejszych okresach historycznych) problemy (za: Straś-Romanowska 2000, s. 267).

Barbara F. Okun zwraca uwagę na dodatkowy aspekt przemian w psychospołecznym starzeniu się, pisząc:

> Liczba zdrowych i aktywnych ludzi w wieku powyżej 65 lat w ostatnich dziesięcioleciach systematycznie rośnie. Pod wpływem tego zjawiska zmieniają się nasze dotychczasowe negatywne i restryktywne oczekiwania dotyczące zdrowotnych, emocjonalnych, rodzinnych i społecznych aspektów starości. W późnym wieku ma się nieograniczone możliwości czerpania gratyfikacji i znajdywania sensu życia. Zarazem jednak wiele osób w wieku emerytalnym żyje w ubóstwie, przeżywa problemy zdrowotne, mieszkaniowe i ekonomiczne, a społecznych źródeł wsparcia i pomocy jest dla nich niewiele. Ta populacja będzie głównym obiektem pomocy psychologicznej nadchodzących dziesięcioleci (2002, s. 295–296).

Z pojęciem wieku społecznego integralnie łączą się kategorie **wieku ekonomicznego i socjalnego**, z których pierwsza wiąże się z zajmowanym przez człowieka miejscem w systemie społecznego podziału pracy i jest najczęściej określana za pomocą takich pojęć, jak: wiek przedprodukcyjny, produkcyjny, poprodukcyjny. Początek starości wyznaczany jest zatem z momentem końca aktywności zawodowej i przejścia na emeryturę, w związku z czym następuje zmiana głównego źródła utrzymania i człowiek starszy z dawcy staje się biorcą.

Emerytura jest zjawiskiem związanym z powstaniem społeczeństwa industrialnego, a wprowadzenie świadczeń socjalnych i przedłużenie życia ludzkiego uwolniło rodzinę w znacznym stopniu od odpowiedzialności za zdrowie i utrzymanie dziadków czy rodziców.

Osiągnięcie wieku emerytalnego stało się społecznie akceptowanym wyznacznikiem kresu aktywności zawodowej, jednocześnie jest też kolejnym znaczącym etapem w życiu człowieka dorosłego – początkiem nowej sytuacji psychicznej, społecznej i ekonomicznej jednostki. Zjawisko to ma charakter uniwersalny, powiązane jest z biologicznym cyklem życia ludzkiego, z zastępowaniem jednego pokolenia przez drugie. Współcześnie, kiedy osoby osiągające ów wiek są coraz zdrowsze, aktywniejsze, a długość ich życia się zwiększa, konieczne okazało się podwyższenie wieku emerytalnego. (Poprzedni system emerytalny ustanowiony w krajach Europy na 65. rok życia obowiązywał od początku XX wieku, przeciętna długość życia w tym czasie zwiększyła się o 25 lat).

Wprowadzenie powszechnego wieku emerytalnego jest niewątpliwie wyrazem postępu społecznego, ale można też uznać je za przejaw dyskryminacji pracowników ze względu na wiek, zwłaszcza tych, którzy nie chcą odchodzić na emeryturę, a którym zakład pracy nie ma do zaoferowania niczego satysfakcjonującego. O ile człowiek w społeczności wiejskiej może pracować tak długo, jak tylko pozwolą mu na to siły, o tyle w nowoczesnym społeczeństwie nie może spełniać swoich życiowych funkcji i jest odsuwany na społeczny margines (jest to przywoływane już wcześniej zjawisko śmierci społecznej). Zakończenie pracy zawodowej, będącej główną formą społecznej aktywności, oznacza dla człowieka koniec wykonywania zawodu i prestiżu z nim związanego oraz utratę zarówno obowiązków, jak i praw płynących z ich pełnienia.

W związku z postępującym starzeniem się ludności będzie następował systematyczny wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym (o 900 tys. osób w latach 1990–2010 i o dalsze 1,7 mln osób w latach 2010–2020) przy jednoczesnym

absolutnym spadku liczby ludności w wieku produkcyjnym (Dyczewski 1994, s. 24).

Wiek socjalny związany jest z prawem do świadczeń z zabezpieczenia socjalnego na podstawie aktów prawnych uznających okres starości za uprzywilejowany w tym zakresie. Prawo to senior nabywa na podstawie (domniemanego bądź rzeczywistego) ograniczenia (lub utraty) możliwości samodzielnego zdobywania środków utrzymania. Wiek socjalny pozwala na korzystanie z uprawnień emerytalnych, zasiłku pielęgnacyjnego (75 lat), zniżek i zwolnień z różnych opłat (przejazdy komunikacją miejską, abonament telewizyjny) oraz usług pielęgnacyjnych (w miejscu zamieszkania) i opiekuńczych (miejsce w domu opieki), przywilejów, pomocy, wsparcia, opieki, a także świadczeń pieniężnych dla kombatantów i weteranów drugiej wojny światowej oraz wdów po nich (dodatek kombatancki, kompensacyjny) (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 lipca 2014 roku).

Wiek psychiczny zawiera ocenę funkcji intelektualnych, sprawności zmysłów i zdolności przystosowawczych jednostki. Starość to najbardziej skomplikowana faza ze względu na mnogość trudnych zadań, których wykonanie – bardziej niż w innej fazie rozwoju – związane jest zarówno z procesami biologicznymi, jak i psychicznymi oraz zmianami w sferze społecznej aktywności jednostki (Szatur-Jaworska 2000, s. 33–34). Starość psychospołeczna to w ujęciu naukowców:

> [...] etap życia, w którym procesy psychiczne, objawiając się rezygnacją i poczuciem braku szans, oraz społeczne, polegające na odrzuceniu zgodnie z rytuałem kulturowym, oddziałują synergicznie z procesami biologicznymi, prowadząc do naruszenia homeostazy, a tym samym do ograniczenia możliwości przeciwdziałania wymienionym procesom, bez możliwości substytucji i bez obiektywnych szans na powrót do stanu poprzedniego (Staręga-Piasek, Lisowski, Suchecka 1985, s. 43).

Poszczególne kategorie wieku człowieka stanowią ważne rozróżnienie w charakterystyce starzenia się jako procesu –

długotrwałego oraz uwzględniającego różne warunki i konteksty funkcjonowania człowieka. Uniwersalne, całościowe traktowanie starości jako zjawiska (niejednorodnego) jest niemożliwe, dlatego konieczne jest wskazanie społecznych kontekstów ujmowania wieku i starości, by ją umiejscawiać w życiu społecznym rzetelnie oraz zgodnie ze stanem faktycznym.

2.3. Zadania rozwojowe w fazie starości

Starzenie się jako zjawisko dynamiczne charakteryzuje się szeregiem zadań rozwojowych, które stoją przed człowiekiem w tej fazie, by stanowić o kontynuacji jego psychicznego rozwoju (Birch, Malim 1998, s. 149). Psychologia rozwojowa, opisując zadania w tej fazie życia, determinuje w ten sposób uzyskanie poczucia zadowolenia, samoakceptacji przez człowieka, a także aprobatę otoczenia i powodzenie w rozwiązaniu kolejnych zadań. Podejmowanie i realizacja zadań traktowane są jako uczenie się (Harwas-Napierała, Trempała 2003, s. 951), a także jako gwarancja rozwoju człowieka uwarunkowana jego potrzebami, aspiracjami i wartościami oraz wymogami społeczeństwa (Szatur-Jaworska 2000, s. 46). Kryzysy tożsamości, przynależności i autonomii określa się jako najważniejsze problemy fazy starości (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006, s. 43–44).

Zadania rozwojowe w każdej fazie życia występują wraz z **kryzysami**, których pomyślne rozwiązanie prowadzi do rozwoju, niepomyślne zaś rozwój ten hamuje.

Tabela 3. Zadania rozwojowe w fazie starości według różnych autorów

Autor	Stadium (faza)/ wiek	Zadania rozwojowe fazy i rezultat pomyślnego rozwiązania kryzysu
Erik H. Erikson	Późna dorosłość 60+	Osiągnięcie poczucia harmonii i sensu, akceptacja własnego życia poprzez rozwiązanie konfliktu między integralnością a rozpaczą wywołaną świadomością końca życia; rezultatem jest cnota mądrości (życiowej)
Barbara Szatur--Jaworska	Starość 60+	Akceptacja postępującej własnej zależności od innych osób, utrzymanie zainteresowania światem, panowanie nad umysłem i utrzymywanie go w sprawności, osiągnięcie pewności znaczenia i godności własnego życia
Daniel J. Levinson	Wkraczanie w późną dorosłość 60–65	Bilans życia – duma z osiągnięć przeplata się z rozczarowaniem, wypracowanie równowagi i nowych ról społecznych
	Późna dojrzałość 65–80	Wyciszenie, integracja wewnętrzna, szersze spojrzenie na życie, bilans życia, przygotowanie się do śmierci
	Bardzo późny wiek dojrzały 80+	Pogodzenie się ze stratą najbliższych (wdowieństwo), samotnością spowodowaną brakiem rówieśników, możliwość podejmowania aktywności i twórczości na miarę sił i zdrowia
Robert J. Havighurst	Późna dojrzałość 60+	Odejście od problemów własnego ciała, przygotowanie się do emerytury i zmniejszonych dochodów, nawiązanie satysfakcjonujących kontaktów społecznych, utrzymanie przyjaźni i aktywności na optymalnym poziomie, przyjmowanie i dostosowywanie się do nowych ról społecznych, urządzenie w sposób dogodny warunków bytu, pogodzenie się ze śmiercią współmałżonka, wypracowanie dojrzałej postawy wobec śmierci

Źródło: opracowanie własne na podstawie Brzezińska 2000; Harwas-Napierała, Trempała 2003; Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006.

2.4. Kryzysy typowe dla okresu starości

Kryzysy w fazie starości są rozumiane jako punkty zwrotne, sytuacje trudne, w których rozwiązanie człowiek musi włożyć (różnego rodzaju) wysiłek i aktywność. Kryzys oznacza bowiem przejściowy stan nierównowagi wewnętrznej, wywołany przez krytyczne wydarzenie, także życiowe, wymagający istotnych zmian i rozstrzygnięć (Badura-Madej 1999, s. 16).

Kryzys pojawia się najczęściej wówczas, gdy mamy do czynienia z sytuacją trudną i jednocześnie nową (biograficznie), dla której brak jest wypracowanych i sprawdzonych rozwiązań, sposobów postępowania oraz radzenia sobie. Człowiek zmuszony jest wówczas do samodzielnego poszukiwania rodzaju adaptacji, zmiany sposobu zachowania, wypracowania postaw, a nawet stylu życia.

Kryzysy najczęściej przebiegają w sferze:

- emocjonalnej człowieka (lęk, strach, poczucie winy, krzywdy);
- biologicznej (objawy somatyczne i fizjologiczne: nudności, wymioty, pocenie się);
- poznawczej (trudności w podejmowaniu decyzji, brak umiejętności rozwiązywania codziennych problemów);
- zachowania (niezdolność do pełnienia dotychczasowych ról społecznych, izolowanie się, zachowania nietypowe i patologiczne, takie jak: agresja, ucieczka w nałogi, zachowania przestępcze) (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006, s. 66).

W płaszczyźnie subiektywnej kryzysy przejawiają się najczęściej uczuciem bezradności i beznadziejności, niezdolności do dalszego działania i aktywności, poczuciem utraty kontroli nad własnym życiem, niezdolności do realizowania ról społecznych i rodzinnych, a w konsekwencji – zwiększeniem zależności od innych, wysokim poziomem lęku z towarzyszeniem objawów somatycznych.

Kryzysy w starości najczęściej związane są ze specyfiką zadań rozwojowych tej fazy i rozpatrywane są zazwyczaj w kontekście straty, kosztów starzenia się, w związku z czym wzbudzają silne emocje – najczęściej negatywne. Psychologowie zaliczają do zdarzeń krytycznych okresu starości:

- pogorszenie się zdrowia, kondycji fizycznej i atrakcyjności;
- utratę bliskiej osoby;
- opuszczenie domu przez dorosłe dzieci (kryzys pustego gniazda);
- samotność i osamotnienie (zanikające więzi z najbliższymi, umieralność rówieśników);
- przejście na emeryturę;
- utratę prestiżu i obniżenie statusu społecznego;
- utratę poczucia użyteczności;
- zmianę miejsca zamieszkania (przeniesienie do domu opieki lub innej placówki opiekuńczej);
- świadomość zbliżającego się końca życia (por. Harwas-Napierała, Trempała 2002; Szatur-Jaworska 2006, s. 48; Błachnio 2012).

Charakterystyka wymienionych kryzysów, typowych dla rozwoju w tej fazie życia, przybliży nieco tę trudną problematykę.

Pogorszenie się zdrowia, sprawności i atrakcyjności fizycznej wynika z naturalnych procesów inwolucyjnych okresu starości, jest nieuniknionym wymiarem biologicznego starzenia się, które rozpatrywać można na poziomie starzenia się komórek, narządów i układów. Pogorszenie się zdrowia i sprawności odczuwalne staje się na przełomie piątej i szóstej dekady życia. Bywa jednak, że zmiany wynikające z typowego przebiegu starzenia się potęgowane są przez objawy występujących dolegliwości i chorób, w tym przewlekłych lub patologicznych stanów psychofizycznych (Steuden 2009, s. 22). Starzenie się fizyczne zaczyna być widoczne w wyglądzie człowieka i w jego funkcjonowaniu. Najczęściej występującymi dolegliwościami odczuwanymi przez osoby po 65. roku życia są: bóle stawów i

kręgosłupa, uczucie zmęczenia, duszności, bóle głowy, dolegliwości sercowe, bezsenność (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006, s. 287).

Do typowych zjawisk w okresie starości należą: obniżenie sprawności i polipatologia (mnoga patologia), wielochorobowość, która najczęściej obejmuje schorzenie układu ruchu (np. zwyrodnienie stawów, osteoporoza), układu nerwowego (bezsenność, zaburzenia nastroju), zaburzenia widzenia i słuchu, choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze) i schorzenia metaboliczne (cukrzyca) oraz zaburzenia odżywiania i choroby układu pokarmowego (otyłość, choroba wrzodowa żołądka) (Twardowska-Rajewska 2007, s. 37–50).

Mnoga patologia to istotny wyróżnik starości biologicznej, wpływający ograniczająco na sprawność narządów, oznaczający występowanie kilku dolegliwości równocześnie u tej samej osoby, spowodowane przewagą procesów katabolicznych nad metabolicznymi (Łój 2007, s. 153–154).

Zmiany biologiczne, które w starości mają charakter zmian wstecznych, oraz stan zdrowia stają się bardzo ważnym kryterium jakości życia w fazie starości. Zanik zdolności reprodukcyjnych oraz ich stopniowa degeneracja powodują obniżanie się jakości życia oraz prowadzą stopniowo do wzrostu konieczności opieki i pomocy ze strony innych osób lub instytucji. Niezbędność alimentacji oraz uzależnienia od świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych stanowi niezwykle istotną obawę, zwłaszcza u osób funkcjonujących jako samodzielne, niezależne i aktywne we wcześniejszych fazach życia. Kryzys tego okresu wiąże się właśnie z obniżeniem sprawności fizycznej, która przejawia się ograniczeniem zdolności do wysiłku, zwiększoną podatnością na zmęczenie, a tym samym ograniczeniem aktywności oraz ogólnym spadkiem wigoru, poczytywanym jako zaleta wieku młodego.

Starzenie się organizmu pociąga za sobą również wiele zmian w fizjonomii i wyglądzie człowieka, takich jak siwienie i słabnięcie włosów, pojawianie się plam starczych, zmarszczek, zmiana rysów twarzy i sylwetki, pochylenie postawy ciała czy drżenie rąk. Tego rodzaju (niekorzystne) przemiany fizyczne wywierają wpływ na

psychologiczny wymiar życia człowieka, samoakceptację i samopoczucie, a w konsekwencji – jego funkcjonowanie w grupie. Zmiany te mają też znaczący wymiar symboliczny, który określa pozycję człowieka starszego w zbiorowości i wyznacza jego społeczną tożsamość (Dziuban 2010, s. 141).

Fizyczne konsekwencje starzenia się w znacznie większym stopniu odczuwane są przez kobiety z powodu silniejszej wewnętrznej i społecznej presji, by zachować fizyczną atrakcyjność i młodość, co związane jest z istnieniem we współczesnej obyczajowości swoistych podwójnych standardów starości – dla kobiet i dla mężczyzn – oraz związanej z tym faktem marginalizacji starszych kobiet, nie tylko ze względu na ageizm, ale i seksizm. Silny wpływ popkultury, obecne w niej kult młodości oraz presja społeczna, przyczyniają się do negatywnego stosunku do własnego ciała, wpływają na zaniżanie satysfakcji z życia, na pojawienie się poczucia alienacji, niskiej samooceny, deprecjonowania osób starszych i ich marginalizacji ze względu na ich fizyczność.

Utrata bliskiej osoby jest związana z wdowieństwem, którego ryzyko wzrasta znacznie w okresie późnej dorosłości. Kryzysem tym częściej dotknięte są kobiety, ponieważ to one żyją dłużej we wszystkich kulturach rozwiniętych współczesnego świata. Utrata małżonka to bolesne wydarzenie wymagające uruchomienia zasobów indywidualnych i społecznych w celu kompensacji straty (Szukalski 2007, s. 63).

Z posiadaniem małżonka wiążą się zjawiska samodzielności i dostępności dóbr, zarówno materialnych (dochód, mieszkanie), jak i pozamaterialnych, wśród których najistotniejszymi są opieka, pomoc i wsparcie ze strony partnera. Zjawiska te są szczególnie istotne w populacji osób starszych. W grupie tej małżonka traktuje się jako naturalnego, najważniejszego wspierającego.

W sytuacji śmierci partnera owdowiała osoba staje przed wieloma złożonymi problemami emocjonalnymi oraz kłopotami dnia codziennego. Musi przeorganizować swoje funkcjonowanie, poradzić sobie samodzielnie z gospodarowaniem lub zwrócić się o

pomoc do innych osób (nie zawsze bliskich). Wdowieństwo jest trudne dla seniorów obojga płci – kobiety najczęściej odczuwają materialny aspekt samodzielnego funkcjonowania (poza emocjonalnym), mężczyźni natomiast stronę organizacyjną i instrumentalną ze względu na ich kulturowe uwarunkowanie nieprzystosowania do wykonywania niektórych prac domowych. Wdowieństwo wiąże się przede wszystkim z brakiem wsparcia psychicznego, najbliższego opiekuna w sytuacji choroby lub niedostatku, a w rezultacie – z samotnością i osamotnieniem, a także z podwyższoną umieralnością. Zwłaszcza pierwszy rok po utracie współmałżonka uznaje się za szczególnie niebezpieczny z punktu widzenia możliwości wystąpienia zgonu ze względu na problemy z przystosowaniem się do nowej i trudnej sytuacji emocjonalnej, polegającej na utracie więzi i osamotnieniu (Szukalski 2007). Konsekwencją wdowieństwa jest gorsza ocena jakości własnego życia przez seniorów w porównaniu z osobami, których małżonek żyje.

Opuszczenie domu przez dorosłe dzieci jawi się jako kryzys związany z usamodzielnieniem się dzieci i założeniem przez nie własnych gospodarstw domowych. Nazywany jest kryzysem „pustego gniazda". W kulturze Zachodu, w której istnieje duża presja na szybkie usamodzielnianie się, dzieci opuszczają dom, wyjeżdżając na studia, i najczęściej na stałe już do niego nie wracają. Obok zjawiska „drzwi obrotowych" – powrotu dorosłych do domu rodzinnego i rodziców – pojawiło się także zjawisko „gniazdownictwa", zbadane w Polsce i krajach UE, w których między innymi ze względu na bezrobocie i kłopoty finansowe młodzi dorośli zamieszkują z rodzicami (Bee, Boyd 2008, s. 504–505; Czapiński, Panek 2013). Kohabitację rodziców i dorosłych dzieci utrudnia również migracja zarobkowa i edukacyjna, która jako nowe zjawisko społeczne znacząco wpływa na więzi i relacje w rodzinach.

Wyprowadzenie się dzieci z domu nie zawsze odczuwane jest jako zjawisko negatywne, bywa traktowane również jako wyraz dojrzałej postawy rodzicielskiej, uwolnienie się od obowiązków

względem dzieci i początek wolności pojmowanej jako czas dla siebie, na realizację własnych potrzeb. Opustoszenie domu przyjmowane jest negatywnie przez tę grupę seniorów, w których życiu dzieci i ich sprawy pełniły rolę najistotniejszą, którzy odczuwali silną więź z dziećmi, dla których aktywność rodzinna była najważniejsza i podstawowa. W sytuacji pustego gniazda małżeństwo seniorów może wejść w fazę wtórnej integracji bądź przeciwnie – straciwszy najważniejszą aktywność codzienności, może przejawiać trudności w przystosowaniu się do życia (jedynie) we dwoje i mieć poczucie straty czy wręcz osamotnienia. W zależności od postawy wobec własnego życia, zainteresowań, możliwości podjęcia dodatkowych form aktywności jakość życia seniorów może obniżyć się w subiektywnym pojmowaniu tego zjawiska lub podnieść się za sprawą nowych form działalności i satysfakcji.

Samotność i osamotnienie to dwa zjawiska kojarzone ze starością, lecz występujące oddzielnie. Samotność ma znaczenie fizyczne i wiąże się z realnym brakiem innej osoby w najbliższym otoczeniu, osamotnienie zaś jest zjawiskiem typu emocjonalnego i polega na poczuciu braku więzi i zrozumienia z najbliższymi, otaczającymi nas osobami. Samotność jest poważnym problemem nie tylko osobistym, indywidualnym, lecz także w sensie polityki socjalnej – stwarza konieczność otoczenia opieką, wsparcia w realizacji najistotniejszych potrzeb, alimentacji, zapewnienia pomocy. Samotność i osamotnienie wywołują niebezpieczeństwo uzależnienia się od opieki lub tylko od obecności drugiej osoby. Tego rodzaju sytuacja powoduje lęk, obawę przed każdym nowym dniem, zwłaszcza w przypadku słabego zdrowia i niskiej sprawności, strach przed nieporadzeniem sobie z problemami dnia codziennego, niesprawnością, niedostatkiem, koniecznością zdania się na czyjąś łaskę. Samotność wiąże się również z kwestiami społecznymi – zanikającymi więziami, brakiem kontaktów z innymi ludźmi, umieralnością rówieśników, brakiem propozycji satysfakcjonujących aktywności, słabym poczuciem

wspólnotowości. Wszystko to zaniża jakość życia seniorów i wpływa ujemnie na satysfakcję odczuwaną w tej fazie życia.

Samotność osób starszych pogłębiana jest przez anonimowość, zwłaszcza w dużych miastach, przez migrację młodego pokolenia ze wsi, także przez popkulturę, która wpływa na postawy społeczne wobec osób nieaktywnych i niemłodych, oraz przez niski odsetek osób w trzecim i czwartym wieku zawierających (ponowne) małżeństwa.

Samoocena osób samotnych – podobnie jak w przypadku wdowieństwa – jest niższa niż osób pozostających w związkach i mających rodzinę. Samotność w starości wpływa znacząco również na postawy społeczne wobec wszystkich osób starszych, powodując negatywny stereotyp osoby starej (Susułowska 1989, s. 71–75).

Samotność może mieć wymiar pozytywny dla osób, które świadomie z niej korzystają, są aktywne, samorealizują się lub kiedy jest krótkotrwała i zamierzona w celu realizacji własnych określonych aspiracji. Osamotnienie natomiast zawsze ma wymiar negatywny, nie można go świadomie wybrać.

Samotność najboleśniej odczuwają osoby bierne, bez wyraźnie wytyczonego celu życia, staje się ona dla nich udręką i oczekiwaniem na śmierć (Szczepański 1978, s. 20–22).

Przejście na emeryturę jako zjawisko kryzysowe i kryzysogenne nazwane zostało przez A. Comforta (1968, s. 131) „śmiercią społeczną", jest bowiem początkiem nowej sytuacji psychicznej, społecznej oraz ekonomicznej człowieka dorosłego. Zakończenie pracy zawodowej, będącej główną formą społecznej aktywności, oznacza koniec wykonywania zawodu i prestiżu z nim związanego, utratę obowiązków, ale i praw płynących z ich z wykonywania. We współczesnej sytuacji społeczno-gospodarczej państw uprzemysłowionych emeryt bywa najczęściej spychany na społeczny margines.

Fakt przejścia na emeryturę wpływa na samopoczucie i samoocenę człowieka z powodu bezpośredniej zależności między zawodem, wykonywaną pracą a statusem społecznym oraz

ścisłego związku między zadowoleniem z pracy a zadowoleniem z życia. Niezwykle istotne okazuje się wówczas to, że przez wiele lat człowiek wykonywał określone zadania, które wypełniały jego czas i myśli, a po przejściu na emeryturę pozostaje niezagospodarowany czas i chęci. Nic więc dziwnego, że znaczna część osób w tej sytuacji uważa się za stare i niepotrzebne.

Wiele ludzi już po przejściu na emeryturę chętnie pozostaje czynnymi zawodowo (choćby w niepełnym wymiarze) z powodów zarówno psychospołecznych, jak i ekonomicznych, gdyż sytuacja materialna najczęściej wówczas się pogarsza, a z tym wiąże się także obniżenie pozycji społecznej. Problem ten wzrasta wraz z wydłużaniem się życia ludzkiego, gdyż emeryci mają coraz więcej lat do zagospodarowania, a przyzwyczajenie się do zajęć wypełniających czas zamiast pracy, która podkreśla użyteczność człowieka, może stać się poważnym problemem psychologicznym.

Adaptacja do emerytury jest łatwiejsza w przypadku kobiet, ponieważ są one najczęściej obciążone również obowiązkami związanymi z prowadzeniem domu, więc odejście z pracy jest przez nie często odczuwane jako ulga, przynajmniej na początku. Łatwiej jest znosić pustkę po życiu zawodowym, kiedy ma się stałe domowe zajęcia i satysfakcję z nich płynącą (Susułowska 1989, s. 268–270). Czynnikami ułatwiającymi odnalezienie się w nowej roli są też możliwość realizacji wcześniej poczynionych planów, oddanie się zaniechanej pasji, hobby, podróże, odwiedziny przyjaciół, rodziny, zajęcie się działką, poszerzenie zakresu obowiązków domowych, możliwość wykonywania konkretnego zajęcia lub kontynuowanie pracy w zmienionej formie. Adaptacja przebiega znacznie gorzej, jeśli poza obowiązkami zawodowymi człowiek nie prowadził żadnej działalności, nie rozwijał pozazawodowych zainteresowań, nie miał żadnych innych obowiązków – choćby domowych, wówczas trudno mu będzie wypełnić wolny czas równie satysfakcjonującym zajęciem.

Utrata prestiżu i obniżenie statusu społecznego związane są ściśle z zakończeniem pracy oraz przyjęciem roli

biorcy (emeryta), ponieważ wykonywany zawód określa najmocniej status i pozycję społeczną, a spadek tych wartości jest dotkliwiej odczuwany właśnie przez ludzi starszych, niebiorących już czynnego udziału w życiu zawodowym. Po przejściu na emeryturę człowiek zostaje pozbawiony wartości psychospołecznych związanych z zawodem i codziennie wykonywaną pracą, co nazywane bywa „bankructwem psychicznym" dla podkreślenia znaczenia utraty ról i prestiżu, a dodatkowe znaczenie ma spadek statusu spowodowany niższymi dochodami, o czym w poprzednim stuleciu pisała już między innymi Halina Worach-Kardas (1983, s. 70–71).

Zmianę w pozycji społecznej człowieka starszego powoduje przede wszystkim znaczne zawężenie zakresu ról, jakie są seniorom udostępniane przez społeczeństwo. Jedną z najważniejszych jest rola zawodowa, określająca pozycję człowieka w społeczeństwie, a moment zaprzestania życia zawodowego automatycznie skreśla ją z życia człowieka i pozbawia go osiągniętej dzięki niej pozycji. Dlatego ważne wydaje się znalezienie ról zastępczych w okresie emerytury, szczególnie dla osób o dobrym zdrowiu. Ich pełnienie pozwoliłoby zachować prestiż płynący z wykonywania społecznie cenionych zadań, zwłaszcza w sytuacji degradacji starości jako zjawiska społecznego.

Podobnie kryzys **utraty poczucia użyteczności** ma ścisły związek z zakończeniem życia zawodowego. Istnieje bowiem społeczna potrzeba bycia użytecznym jak najdłużej. Najłatwiej jest to osiągnąć za pomocą obowiązków zawodowych. Bierność jest szczególnie źle widziana w społeczeństwie, w którym podstawą oceny człowieka jest właśnie jego pozycja zawodowa. W wyniku osiągnięcia wieku emerytalnego osoby starsze odsuwane są od pracy, jakby wiek był zjawiskiem tej samej rangi co niesprawność (i nieproduktywność).

Użyteczność jest potrzebą, która realizowana jest w toku różnorodnych działań spotykających się ze społeczną aprobatą oraz przynoszących korzyści różnego rodzaju zarówno otoczeniu, jak i samemu podmiotowi aktywności. Seniorzy najczęściej

odczuwają uszczerbek (lub utratę) poczucia użyteczności związany z przejściem na emeryturę i kompensują go aktywnością rodzinną i pełnieniem ról dziadków, rodziców, teściów. Kompensacja ta realizowana jest najczęściej przez pomoc w prowadzeniu gospodarstwa, opiekę nad wnukami lub pielęgnację bliskich w chorobie. Ponadto osoby starsze angażują się w działania wspólnotowe, najczęściej religijne, czasem w szerszą działalność społeczną (stowarzyszeniową, wolontariat), edukacyjną (uczestnictwo w uniwersytecie trzeciego wieku), kulturotwórczą i artystyczną (zespoły ludowe, chór, rękodzieło), rekreacyjną (podróże, sport, praca na działce).

Deprywacja tej potrzeby, związana z brakiem możliwości realizowania działań na innym niż zawodowe polu, prowadzi do niskiej samooceny, spadku odczuwanej satysfakcji i obniżonej jakości życia osób starszych (Błachnio 2012).

Zmiana miejsca zamieszkania w okresie starości staje się przyczyną kryzysu, kiedy konieczne okazuje się przeniesienie się do domu opieki lub innej placówki wskutek wyraźnej potrzeby zapewnienia opieki i pomocy. Psychiczne koszty zmiany miejsca zamieszkania dotyczą jednego z najważniejszych aspektów poczucia tożsamości – przywiązania do miejsca. Miejsce zamieszkania to najbliższe otoczenie człowieka starszego, w którym często toczy się jedna z najistotniejszych form jego aktywności. Jakość otoczenia w znacznym stopniu wpływa na jakość życia w podeszłym wieku, a poczucie bezpieczeństwa i prawo do intymności mają szczególne znaczenie w tym okresie (por. Hauziński 2007, s. 115).

Przeprowadzka do domu opieki jest szczególnego rodzaju zmianą w życiu człowieka starszego, ponieważ niesie za sobą ryzyko utraty kontaktu ze znanymi sobie osobami (np. z sąsiedztwa) oraz z własnymi przedmiotami (meble, sprzęty) lub nawet możliwości odwiedzania i przyjmowania wizyt znajomych i bliskich. Przeniesienie się do placówki opiekuńczej wymaga wejścia w zastane już i ukształtowane w dużym stopniu środowisko, zamieszkania z nieznajomymi osobami, poddania się

ustalonym regułom panującym w tym miejscu, zrezygnowania z niektórych przyzwyczajeń, często powoduje utratę indywidualności, a nawet uszczerbek na intymności i ryzyko osamotnienia. Placówka opiekuńcza realizuje swój cel głównie przez zapewnienie opieki i zaspokajanie podstawowych potrzeb, jednak osobom przyzwyczajonym do samodzielności, autonomii i niezależności trudno jest się adaptować do nowych, odmiennych od dotychczasowych warunków życia. Dla osób opuszczonych, zaniedbanych, ubogich i samotnych przeprowadzka do domu opieki może z kolei stanowić wybawienie od problemów i poważnych zagrożeń dnia codziennego.

Świadomość zbliżającego się końca życia pojawia się intensywniej w ostatnim okresie życia i rozwoju człowieka. Śmierć w życiu osób starszych staje się coraz powszechniejsza z powodu odchodzenia rówieśników, bliskich i znajomych oraz zbliżania się perspektywy własnego końca.

Psychologowie rozwoju mówią o pojawiającej się w okresie starości tendencji do rozpamiętywania przeszłości, bilansowania życia i poszukiwania jego sensu, porządkowania doświadczeń, co często może wiązać się z poczuciem winy i pogrążeniem w żalu (Straś-Romanowska 2007, s. 284–287). Retrospektywne poczucie winy i wstydu wzmacniane bywa innymi kryzysami, z którymi człowiek starszy sobie nie radzi, a także poczuciem bycia ciężarem dla otoczenia oraz nieradzeniem sobie z problemami dnia codziennego, co potęguje niezadowolenie z własnego życia i obawę przed jego końcem w poczuciu dyskomfortu psychicznego.

W tej fazie może nastąpić także strach przed nieuniknioną śmiercią, który jest łagodzony przez dostrzeganie sensu przeżytych lat, a także przez dodatni znak bilansu życiowego. Nieuporządkowana przeszłość może być źródłem poczucia winy oraz powodować nasilanie się odczuwania zagrożenia i lęku. Wzmożony lęk przed śmiercią traktowany bywa jako wyraz dezintegracji osobowości oraz poczucia rozpaczy w wyniku nieodnalezienia sensu we własnym życiu (Straś-Romanowska 2007, s. 287).

Krytyczne zdarzenia w okresie starości są dla człowieka wyzwaniem, źródłem nowych, trudnych zadań. Umiejętność rozwiązywania kryzysów w fazie starości, stopień radzenia sobie w sytuacjach trudnych, poziom adaptacji do nowych (innych) warunków życia i funkcjonowania stanowią o pozytywnym bądź negatywnym starzeniu się, określają jakość tej fazy życia i nie pozostają bez wpływu na bilans życia. Potwierdza to Leon Dyczewski, pisząc: „Ostatnie lata życia zależą w dużej mierze od tego, jak dana osoba rozwiąże swoje kryzysy związane z procesem starzenia się" (1994, s. 82).

Tabela 4. Wybrane stresogenne wydarzenia życiowe i skala oceny przystosowania (w randze od 1., oznaczającej 100 punktów, czyli maksymalną wartość „kryzysową")

Ranga	Wydarzenie życiowe	Średnia wartość
1	Śmierć współmałżonka	100
2	Rozwód	73
3	Separacja	65
4	Kara więzienia	63
5	Śmierć bliskiego członka rodziny	63
6	Własna choroba lub uszkodzenie ciała	53
7	Zawarcie małżeństwa	50
8	Utrata pracy	47
10	Odejście na emeryturę	45
11	Zmiana stanu zdrowia członka rodziny	44
15	Reorganizacja miejsca pracy (przedsiębiorstwa)	39
16	Zmiana stanu finansów	38
17	Śmierć bliskiego przyjaciela	37
22	Zmiana obowiązków w pracy	29
23	Dorosłe dziecko opuszcza dom	29
28	Zmiana warunków życia	25
32	Zmiana miejsca zamieszkania	20
36	Zmiana aktywności towarzyskiej	18

Źródło: Birch, Malim 1998, s. 143–144.

Wiele uwagi poświęca się zjawisku zmian w psychice człowieka starszego i analizuje się je w kontekście osobowości i intelektu. Pierwszą autorką, która zwróciła uwagę na problematykę zmian osobowości na przestrzeni faz rozwoju, była Ch. Bühler, wskazująca na zmiany motywacji i potrzeb na poszczególnych etapach życia.

Osobowość jest ujmowana w gerontologii przez Jamesa E. Birrena, a za nim przez M. Susułowską, jako „charakterystyczny sposób reagowania jednostki na zdarzenia w dorosłym życiu" (1989, s. 146–147). Dalej autorka *Psychologii starzenia się i starości* (1989) pisze, że osobowość stanowi to, co dla jednostki najbardziej charakterystyczne, znamienne, co stanowi o jej niepowtarzalności, a istotną jej częścią składową jest sposób reagowania na zdarzenia w dorosłym życiu (Susułowska 1989). Pod pojęciem reagowania mieszczą się zachowania społeczne, dokonywane wybory, związki międzyludzkie, w jakich jednostka uczestniczy, i jej postawy wobec innych. W takim znaczeniu osobowość można rozpatrywać jako zmienną pośredniczącą między zdarzeniami, jakie człowieka w życiu spotykają, a zachowaniem będącym reakcją na nie i ich konsekwencją (Susułowska 1989, s. 147). Te czynniki składają się na portret psychologiczny człowieka starego, który można stworzyć, uwzględniając trzy rodzaje zmian zachodzących w psychice:

- zmiany rozwojowe;
- zmiany na gorsze, lecz wynikające z naturalnych procesów starzenia się;
- zmiany patologiczne (Szatur-Jaworska 2000, s. 43–45).

Dorobek psychologii w tej dziedzinie znacznie wzrósł w ciągu ostatnich dekad i generalna zasada, jaką można zgłosić, brzmi: człowiek stary w dzisiejszych czasach nie jest takim samym starym człowiekiem, jak jego rówieśnik sprzed kilkunastu, a nawet kilku lat (Straś-Romanowska 2007).

Psychologia wniosła znaczący wkład w badanie i opisywanie postaw wobec starości oraz adaptacji człowieka do tej fazy.

Pionierzy badania osobowości w starości – E.H. Erikson i Ch. Bühler – jako przedstawiciele dwu odrębnych nurtów doszli do pewnych wspólnych wniosków:

- Sposób przeżywania starości zależy od sposobu życia – w rozumieniu rozwiązywania konfliktów typowych dla poszczególnych faz życia (E.H. Erikson) lub od przebiegu życia, czyli realizowania celów życiowych (Ch. Bühler).
- Integracja ego (E.H. Erikson) lub poczucie spełnienia (Ch. Bühler) to najważniejsze osiągnięcia w tej fazie rozwoju. Wpływają one według badaczy na poziom odczuwanego lęku przed śmiercią, znacznie go osłabiając.
- Znaczną rolę w adaptacji do starości pełnią refleksja i retrospekcja (Straś-Romanowska 2007).

Najważniejsze pytania, które stawiali sobie badacze osobowości człowieka starego, brzmiały: Czy istnieją typowe cechy zachowania człowieka w starości? Czy osobowość człowieka starego różni się od osobowości człowieka młodego?

Badania prowadzone nad osobowością ludzi starych koncentrowały się na cechach z modelu wielkiej piątki, takich jak: sztywność, ekstrawersja, neurotyzm, otwartość na doświadczenie oraz konfliktowość, i wykazywały stabilność (Cavanaugh 1997).

Psychologowie podają wiele cech, które ich zdaniem ulegają przekształceniom w fazie starości: niechęć do zmian i nowości, unikanie ryzyka, zubożenie emocjonalne, ograniczenie zdolności twórczych. Za powód owych przeobrażeń uznają czynniki modyfikujące, takie jak kumulacja życiowych doświadczeń, autokreacja (dążenie do stworzenia własnego nowego wizerunku), sytuacja rodzinna (zjawisko osamotnienia) (por. Bromley 1969; Rembowski 1984; Susułowska 1989). Także takie cechy, jak pewność siebie, zainteresowania poznawcze, ciepło wewnętrzne, zmieniają się w toku rozwoju (Cavanaugh 1997).

Przyjmując, że osobowość jest zespołem cech psychicznych i behawioralnych oraz że biologia organizmu zmienia się pod wpływem czasu, a organizm przeobraża się również w interakcji ze środowiskiem społecznym, należy uznać, że zmianom ulega

także osobowość. Problem badawczy polega jednak na tym, jak wydzielić procesy znamienne dla starości i jak je opisać adekwatnie do zjawiska oraz jak oddzielić zmiany związane z wiekiem od tych, które są skutkiem choroby i zmian kulturowo-społecznych.

Longitudinalne badania bońskie, poświęcone takim dymensjom osobowości, jak: aktywność, nastrój, wrażliwość, przystosowanie i sterowanie, wykazały, że nie ma żadnej generalnej zmiany osobowości u ludzi w podeszłym wieku (za: Susułowska 1989). Czynnik wieku nie pełni w tej kwestii znaczącej roli. U kobiet stwierdzono wyższą aktywność niż u mężczyzn, a ta w starszym wieku łączy się z pogodnym nastrojem. Występowanie nastrojów negatywnych, depresji wiąże się z narastającym poczuciem rozczarowania i niemożnością zmiany sytuacji. W związku z tym zmniejsza się krąg zainteresowań i aktywności, ponieważ ich realizacja wiąże się z pogodnym nastrojem. Wrażliwość łączy się z planami życiowymi, z dawaniem sobie rady w codziennym życiu, z aktywnością (choćby w roli przyjaciela), z uczestnictwem w życiu społecznym i zadowoleniem z życia (Susułowska 1989, s. 73).

Przystosowanie i sterowanie są jedynymi zmiennymi, które mają związek z poziomem intelektualnym. To pierwsze jest wyraźnie lepsze, gdy wyższy jest poziom intelektualny, a zdolność kierowania sobą koreluje pozytywnie z postawą realistyczną i adekwatną oceną sytuacji.

Badania tego rodzaju, zdaniem naukowców, wskazują na to, że u ludzi starszych nie istnieją takie zmiany osobowości, które miałyby charakter uogólniony i obejmowały wszystkie jej sfery. Różnice w sposobie przeżywania przez człowieka starego różnych zdarzeń i jego aktywność w pełnieniu ról społecznych nie dadzą się wyjaśnić wyłącznie wiekiem; duże znaczenie mają pochodzenie społeczne, wykształcenie, płeć, sytuacja materialna, pewna niewielka zaś rola przypada poziomowi intelektualnemu (por. Bromley 1969, s. 117; Puchalska 1986, s. 63; Susułowska 1986, s. 151–153; Wiśniewska-Roszkowska 1994, s. 27–28).

Nieco inny punkt widzenia prezentują badacze przyjmujący, że osobowość to zespół cech, względnie stałych, oraz stawiający

pytanie, jak to możliwe, aby człowiek przeszedł przez różne doświadczenia życiowe i się nie zmienił (Cavanaugh 1997, s. 124). Badacze biorą pod uwagę stosunki międzyludzkie, reakcje emocjonalne i style przeżywania. Cechy te można mierzyć za pomocą skal i ocenić ilościowo stabilność lub zmienność różnic indywidualnych (służą temu między innymi skale McCrae, Costa, za: Strelau 2000b, s. 525–560). Jednak nie udałoby się wówczas określić, czy ludzie obecnie starzy różnią się od młodych, dlatego że się zmienili, czy dlatego że żyli w zupełnie innych czasach i środowiskach.

Podsumowując rozważania na temat osobowości, należy uznać, że nie ma przekonujących danych świadczących o tym, że osobowość człowieka zmienia się znacząco wskutek starzenia się. Raczej wskazuje się na to, że podstawowa struktura osobowości jest stała, zmieniają się zaś nabyte formy zachowania warunkowane przez doświadczenie życiowe (Straś-Romanowska 2007).

Rozważania naukowców dotyczą również inteligencji, a konkretniej – deficytu intelektualnego w okresie starości jako typowego objawu starzenia się. Obecnie uznano na podstawie badań, że inteligencja wraz z wiekiem nie zmniejsza się, lecz zmienia. Obniża się inteligencja płynna (oryginalność i szybkość myślenia), taka sama pozostaje natomiast inteligencja skrystalizowana (wiedza, doświadczenie życiowe, słownictwo) (Leszczyńska-Rejchert 2006, s. 54–55). Badacze tłumaczą obniżanie się inteligencji płynnej specyfiką nowych zadań życiowych osób starszych, zmiennymi wymaganiami społecznymi i koniecznością rozwijania innych kompetencji niż te, które potrzebne są ludziom młodym (Straś-Romanowska 2000, s. 273). Procesy pamięciowe osłabiają się. Stosunkowo dobrze zachowana jest pamięć dawna, a gorzej pamięć wydarzeń świeżych. Zdolność do uczenia się jest możliwa nawet w późnym wieku, choć przebiega ono wolniej, co wynika z dłuższego czasu reakcji i słabszej koncentracji uwagi. Zdolności twórcze są natomiast sprawą wysoce indywidualną i zależną w dużej mierze od

motywacji i potrzeb twórczych, w związku z czym do korzystania z nich potrzebne są większa zachęta i wsparcie ze strony otoczenia.

Jedną ze znaczących tez w psychologii rozwojowej jest intraindywidualna plastyczność funkcji psychicznych, ich modyfikowalność oraz podatność na wpływ różnorodnych czynników o charakterze zarówno zewnętrznym, jak i wewnętrznym (por. Baltes 1984, s. 496).

2.5. Typy starzenia się oraz rodzaje przystosowania do starości

W sytuacji pojawiających się oznak starzenia się – w wymiarze biologicznym, społecznym czy psychicznym – najczęściej zachodzi konieczność rozwiązania problemów dotyczących przystosowania się i nowej oceny własnej pozycji społecznej. Wśród oznak starzenia się najczęściej obserwujemy: zmniejszający się zakres aktywności oraz interakcji społecznych, spadek sił fizycznych, zakończenie życia zawodowego. W warunkach idealnych proces ten następuje stopniowo wraz ze spadkiem zdolności biologicznych i psychicznych człowieka oraz zgodnie z potrzebami społeczeństwa (por. Bromley 1969, s. 84). Proces adaptacji jest złożony i trudny – warunkowany wieloma czynnikami indywidualnymi i społecznymi.

Adaptacja w rozumieniu psychologicznym definiowana jest jako „przystosowanie się do nowego środowiska społecznego, do nowych warunków" (Sobol 2003, s. 7).

Niewątpliwie zmiany, które pojawiają się w życiu człowieka starszego, wymagają przystosowania się. Sprawa jest o tyle niełatwa, że w przypadku procesu starzenia się dotyczy to adaptacji do zmian o charakterze społecznym, psychologicznym, a często także fizjologicznym, kulturowym i obyczajowym.

Idealna adaptacja, czyli dopasowanie, powinna być wyrazem harmonii między warunkami zewnętrznymi a stanem wewnętrznym człowieka. Stan idealny w czystej postaci występuje rzadko. Najczęściej więc mamy do czynienia z mieszanymi sytuacjami, kiedy adaptacja ma orientację po części pozytywną, a po części negatywną.

Na zróżnicowanie w adaptacji ma wpływ wiele czynników, w tym: doświadczenia życiowe człowieka, jego temperament, stan zdrowia, wykształcenie, możliwość realizacji aktywności i

udostępniane mu role, otoczenie seniora, wymagania mu stawiane i oczekiwania wobec niego, stereotyp starości obecny w jego środowisku, odczuwana satysfakcja i postawy wobec innych.

Za wskaźnik uzyskanego przez osoby starsze poziomu adaptacji do nowych warunków przyjmuje się prezentowane przez nich postawy wobec życia.

Postawa wobec własnej starości jest wynikiem bardzo wielu zależności psychicznych i biologicznych, takich jak: cechy charakteru, osobowość, temperament, doświadczenia życiowe, ilość bolesnych lub pozytywnych przeżyć oraz ogólna dyspozycja fizyczna i stan zdrowia. Także kwestia potrzeb pozamaterialnych, związanych z poczuciem użyteczności, realizowaniem własnych dążeń i samorozwojem, jest istotna w podejściu do własnej starości i wpływa na pozytywne do niej nastawienie lub odczuwanie obaw.

Prezentowana postawa dodatkowo jest splotem wielu czynników społecznych, takich jak: prestiż, status, stan rodzinny, charakter wykonywanych zajęć zawodowych i pozazawodowych, status ekonomiczny.

W psychologii istnieje kilka typologii postaw wobec własnej starości. Suzanne Reichard wyróżniła pięć różnych sposobów rozwiązywania problemów własnej starości i związanych z nimi postaw: konstruktywną, obronną, zależności, wrogości wobec starości i wrogości wobec samego siebie.

- **Postawę konstruktywną** prezentują ludzie o pozytywnym nastawieniu do życia, cieszący się nim i pełni humoru, tolerancyjni, obiektywnie oceniający siebie i innych. Mają oni satysfakcjonujące kontakty z innymi i emocjonujące związki, co pozwala im liczyć na pomoc otoczenia, nie obawiają się starości ani emerytury, śmierć uważają za naturalną kolej rzeczy.
- **Postawę zależności** wykazują ludzie bierni, zależni od innych osób, ulegli i chętnie wycofujący się z życia zawodowego. Są domatorami, życie rodzinne zapewnia im poczucie bezpieczeństwa i harmonię, nie mają w związku z

tym lęków ani poczucia zagrożenia, są zrównoważeni emocjonalnie, lecz podejrzliwi wobec nowości. Są oportunistami.

- **Postawę obronną** przyjmują ludzie przesadnie opanowani, samowystarczalni, zaabsorbowani aktywnością zawodową, obawiający się bierności na emeryturze. Są aktywni, ale bardziej zajęci tym, co ich otacza, niż życiem wewnętrznym. Przejawiają lekkie znerwicowanie, nie potrafią mówić o swoich problemach, są sztywni w swoich zasadach i przyzwyczajeniach, odczuwają zazdrość wobec młodych i obawiają się własnego niedołęstwa.
- **Postawa wrogości** cechuje ludzi skłonnych do obwiniania innych za własne błędy, agresywnych, podejrzliwych, skłonnych do konfliktów, niezadowolonych ze swych kontaktów z innymi. Nie akceptują starości, są pesymistami, skłonnymi do uprzedzeń, izolują się i zamykają w sobie, co sprzyja depresjom i stanom lękowym.
- **Postawa wrogości wobec samego siebie** polega na niechętnym stosunku do własnego życia, na pasywności, braku inicjatywy, pesymizmie. Ludzie tacy są podatni na depresje, uważają się za pokrzywdzonych przez los, czują się niepotrzebni i osamotnieni, nie zazdroszczą młodym. Nie mają pasji ani zamiłowań, często mają nieudane życie rodzinne lub ambiwalentne uczucia w stosunku do najbliższych, nie obawiają się śmierci, odbierają ją jako wybawienie od nieszczęśliwego losu (za: Bromley 1969, s. 132–139).

Iza Muchnicka-Djakow (1984, s. 16), powołując się na antropologiczną typologię adaptacji, wyróżnia pięć jej sposobów, określających stopień i jakość interakcji z otoczeniem: regresja, ucieczka, dobrowolna izolacja od otoczenia, przewrotne postępowanie, integracja i dostosowanie.

- **Regresja** to wymuszanie pomocy i opieki, chociaż stan zdrowia tego nie wymaga.
- **Ucieczka** to zmiana miejsca zamieszkania, by stworzyć złudzenie uniknięcia trudności związanych ze starością.

- **Dobrowolna izolacja** to postawa bierności i ograniczanie do minimum kontaktów z otoczeniem.
- **Przewrotne postępowanie** służy zdobyciu wyższej pozycji społecznej i zainteresowaniu swoją osobą innych.
- **Integracja i przystosowanie** jest postawą najbardziej pozytywną i polega na aktywności, chęci pomocy i życzliwości dla innych oraz na włączaniu się do życia szerszej zbiorowości i traktowaniu problemów zdrowotnych jako sprawy osobistej, o której nie informuje się otoczenia.

Amerykańska badaczka B. Neugarten (1961) opracowała na podstawie swoich badań osiem wzorów zachowań osób starszych odpowiadających ich postawom wobec życia:

- Wzór A to reorganizacja własnego życia po przejściu na emeryturę i utrzymaniu intensywnej aktywności na innych niż zawodowe polach. Aktywność i wiążąca się z nią żywotność seniorów dają satysfakcję i poszerzają zakres kompetencji w starości.
- Wzór B to ukierunkowanie aktywności na emeryturze na wybraną, ulubioną formę spośród dotychczas uprawianych. Satysfakcja wiąże się w tym przypadku z oddawaniem się ulubionemu zajęciu.
- Wzór C to wycofywanie się z życia i obserwowanie go z dystansu, z zadowoleniem, że się już w nim nie uczestniczy i nie ponosi za nie odpowiedzialności, co może dawać pewien rodzaj satysfakcji w starości.
- Wzór D to zachowywanie aktywności na poziomie z fazy dojrzałości. Jak długo udaje się utrzymywać ten zadowalający poziom aktywności, tak długo odczuwana jest satysfakcja.
- Wzór E, podobnie jak w przypadku wzoru B, stara się utrzymywać wysoką aktywność w wybranym obszarze, jednak jego wybór nastręcza trudności, ponieważ nie wiąże się z autonomiczną decyzją ani nie wynika z wewnętrznej integracji czy zainteresowań osoby starszej, stąd satysfakcja nie jest już tak znacząca.

- Wzór F to oczekiwanie pomocy, opieki i uczucia ze strony najbliższych. Po uzyskaniu wsparcia i oznak współpracy z seniorem w kwestii wyboru i zaangażowania się w aktywność odczuwa on zadowolenie.
- Wzór G to bierność i apatia. Osoby takie zawsze prezentowały taką postawę i niewiele oczekiwały od życia, stąd postępowanie w starości jest kontynuacją postawy z wcześniejszych faz życia.
- Wzór H odnosi się do osób zupełnie zdezintegrowanych, wymagających stałej opieki i pomocy, o słabej satysfakcji życiowej oraz znikomej kontroli własnego życia.

W polskich badaniach empirycznych nad postawami wobec starości Joanna Staręga-Piasek (1982, s. 140–141) wyłoniła pięć rodzajów postaw:

- **aktywny-zachowawczy** charakteryzuje człowieka chcącego zachować wszystkie cechy życia z wcześniejszych lat, aktywność, pełną samodzielność, dopóki siły pozwolą;
- **aktywny-sybaryta** chce odpocząć na stare lata, planuje podróże i chce teraz robić to, na co wcześniej nie miał czasu;
- **typ rodzinny** charakteryzuje skoncentrowanie się na pomocy rodzinie, którą uważa za największą wartość i radość życia;
- **zagrożony** to człowiek, który martwi się o swoją przyszłość, obawia się samotności, jest niezaradny, byłby wdzięczny za czyjąś opiekę;
- **pasywny-sybaryta** uważa, że dosyć się napracował w życiu, teraz należy mu się opieka państwa i nie chce już mieć żadnych poważnych obowiązków.

Olga Czerniawska (1998, s. 19–26) opracowała klasyfikację stylów życia, jakie człowiek wiedzie po przejściu na emeryturę, opierając się na formach i zakresie aktywności prowadzonej w tym okresie. Kategorią zasadniczą był podział na styl aktywny i bierny.

W obszarze stylów życia w starości autorka wskazuje:

- **Styl rodzinny**, występujący przy znacznym zaangażowaniu w życie najbliższych i sprawy rodzinne, powiązany jest ściśle z

uprawianiem roli dziadka i babci, z rozszerzoną opieką nad wnukami oraz z pomocą w prowadzeniu gospodarstwa domowego dzieciom i wnukom. Działania te dominują nad innymi zobowiązaniami i formami aktywności, a seniorzy traktują je jako priorytetowe i z nimi wiążą największą satysfakcję.

- **Styl społeczny**, opierający się na działalności w różnego rodzaju stowarzyszeniach i organizacjach, charakteryzuje osoby starsze, które swój wolny czas poświęcają na pracę na rzecz innych, na rzecz środowiska społecznego przez aktywność w różnego rodzaju związkach (kombatantów i inwalidów wojennych, emerytów i rencistów, działkowców, hobbystów) czy partiach politycznych, organizacjach samorządowych, charytatywnych itp.
- **Styl związany z pobożnością** wynika z ideologii i przekonań osób starszych, z wiary w Boga i kierowania się w życiu chrześcijańskimi przekonaniami. Ten rodzaj aktywności pomaga zachować określone formy działań, uczestniczenia w życiu społeczności, rozwijać życie duchowe oraz nawiązywać kontakty społeczne (uczestnictwo w ceremoniach kościelnych, w życiu parafii, w wycieczkach i pielgrzymkach, wolontariacie, w działaniach pomocowych i integracyjnych).
- **Styl działkowca/ogrodnika** wynika z posiadania ogrodu lub działki, które stają się hobby w okresie emerytury i dominującą formą aktywności w sezonie. Charakteryzuje się on intensywnym wysiłkiem fizycznym, regularnymi działaniami nadzorującymi, edukacją w zakresie ogrodnictwa, kontaktami towarzyskimi i rekreacją na łonie natury.
- **Styl domocentryczny** charakteryzuje się skupieniem w przeważającej mierze na sprawach własnego gospodarstwa domowego, w związku z czym wiąże się z koniecznością sporządzania planu dnia. O. Czerniawska pisze:

  [...] Im osoba jest starsza i ma bardziej ograniczone kontakty społeczne, tym skrupulatniej powinna zaplanować czynności codzienne. Tym planowanie takie jest ważniejsze i istotniejsze

(2002, s. 8–9).

Zagospodarowanie czasu wolnego polega w tym wypadku głównie na czynnościach związanych z sobą samym (higiena, czytanie, oglądanie telewizji, słuchanie radia) oraz z domem (zajmowanie się kwiatami, zwierzętami domowymi, sprzątanie). Ze względu na niewielki zakres aktywności oraz obszar ich realizowania, którym jest prawie wyłącznie własne środowisko, styl ten plasuje się na pograniczu aktywnego i biernego.

- **Styl całkowicie bierny**, uznawany za negatywny, prezentują ludzie wycofani z życia społecznego, osamotnieni lub chorzy czy niesprawni, którzy przybrali postawę zgodną z sytuacją życiową/zdrowotną. Bardzo rzadko wychodzą z domu, nie interesują się sprawami zewnętrznymi ani sprawami innych ludzi, bez względu na stopień niesprawności, najczęściej sami decydują o własnej izolacji i sytuacji społecznej.

W publikacji *Nowe drogi w andragogice i gerontologii* O. Czerniawska (2011, s. 158–159) prezentuje nieco zmodyfikowaną klasyfikację stylów życia, dodając jeszcze:

- **Styl rekreacyjny**, polegający na konsumowaniu czasu wolnego na wybrane, ulubione formy aktywności (działkowca, osoby zaangażowanej w życie religijne, lecz także w inne formy hobbystyczne), które pozwalają na wzbogacenie życia duchowego oraz edukację i rozwój;
- **Styl przedłużania aktywności zawodowej**, opierający się na podejmowaniu lub kontynuowaniu zajęć związanych z wcześniejszym życiem zawodowym i dostarczających przede wszystkim satysfakcji oraz dochodu.

Autorka klasyfikacji stylów życia zwraca również uwagę, że to, jaki jest sposób spędzania emerytury, zależy w dużym stopniu od stylu życia wiedzionego wcześniej, także we wczesnej dorosłości i latach kariery zawodowej. Nie można wykluczyć naturalnie, że na

ostatnim etapie życia człowiek odkryje zupełnie nowe zainteresowania, talenty i odczuje nieznane wcześniej potrzeby, jednak jest to ściśle związane z indywidualnymi przeżyciami jednostki w poprzednich fazach życia.

Polski gerontolog, neurolog i psychiatra Henryk Zajączkowski wyróżnił cztery rodzaje starzenia się i odpowiadające im grupy osób (za: Zych 1990, s. 44–45):

- Ludzie starsi, którzy ze względu na swój stan psychofizyczny wymagają postępowania opiekuńczego.
- Seniorzy, którzy zachowali zdrowie, lecz charakteryzuje ich obniżenie dynamizmu życiowego i zmniejszenie zainteresowań. Część z nich bywa pogodna, pracowita i życzliwa, bo czuje się pożyteczna, część zaś wypada z życia i nie potrafi znaleźć sobie w nim miejsca – takie osoby są złośliwe, kapryśne i z rezygnacją czekają na śmierć.
- Nieliczni seniorzy, tzw. wielcy starcy, którzy potrafią nadać swej starości przebieg najbardziej pozytywny i odznaczają się wysokim poziomem aktywności społecznej, użyteczności i dojrzałości emocjonalnej, chętnie pracują, służą radą, odznaczają się mądrością starczą, umieją wykorzystać doświadczenie życiowe.
- Osoby starsze, które straciły zdrowie i poczucie rzeczywistości, w związku z czym wymagają stałej opieki.

Osoby, które dobrze przystosowują się do starości, potrafią korzystać z jej zalet, do których należą między innymi: dysponowanie dużą ilością wolnego czasu, możliwość wykonywania ulubionych zajęć, uwolnienie się od konieczności rywalizacji społecznej, możliwość realizacji osobistych planów i zainteresowań oraz podejmowanie działań w trosce o własny rozwój i satysfakcję. W przypadku nieodpowiedniego przystosowania natomiast przeważają takie odczucia, jak osamotnienie, cierpienie czy obawa przed zależnością (por. Staręga-Piasek 1982, s. 140; Puchalska 1986, s. 59; Szatur-Jaworska 2000, s. 58).

Postawa wobec własnej starości jest zmienna, na co wpływają wciąż zdobywane doświadczenia i przeżycia. Zdarzeniami, które mają największe znaczenie w kształtowaniu postawy w późnym wieku, są przede wszystkim:

- zmiany fizjologiczne wynikające z procesu starzenia się oraz ich wpływ na aktywność i sprawność fizyczną, a także intelektualną;
- zdarzenia związane z życiem zawodowym (przejście na emeryturę, zwolnienie z pracy, dyskryminacja, co prowadzi do obniżenia standardu życia i statusu);
- zdarzenia w obszarze życia osobistego i emocjonalnego (utrata trwałych związków uczuciowych, wdowieństwo, odejście dzieci).

Zdarzenia te wywołują u osoby starszej określone reakcje i postawy, dające podstawę do sformułowania oceny z przystosowania się do starości.

Dennis B. Bromley (1969, s. 151) twierdzi ponadto, że uwzględniając różnice indywidualne między ludźmi i warunki socjokulturowe różnych środowisk, należy uznać, iż zjawisko adaptacji do starości można podsumować za pomocą opisowej oceny. Ocena z przystosowania jest wysoka, jeśli jednostka potrafi przezwyciężyć frustracje, rozwiązać konflikty i osiąga społecznie uznane sukcesy oraz osobiste zadowolenie. O dobrym przystosowaniu można mówić, gdy człowiek jest towarzyski, zadowolony, aktywny, ma zaufanie do ludzi i szacunek do samego siebie oraz jest wolny od negatywnych emocji. Dobre przystosowanie się jednostki zależy nie tylko od postaw jej samej, lecz także w poważnym stopniu od nastawienia otoczenia, w jakim funkcjonuje. Złe nastawienie jednych bowiem wzmacnia takie same odczucia u innych. Dobrze przystosowany człowiek w sprzyjającym mu środowisku częściej czuje się zdrowy i spełniony. Niska ocena z przystosowania jest wówczas, gdy człowiek nie potrafi przezwyciężyć frustracji, rozwiązywać konfliktów ani uzyskiwać zadowolenia za pomocą społecznie akceptowanych zachowań. Złe przystosowanie cechują wrogość, brak radości,

obawa przed ludźmi, chorobliwe lęki, poczucie winy, apatia, poczucie niższości, izolacja społeczna lub zależność od innych. Człowiek źle przystosowany przejawia niepokój, napięcia nerwowe i frustracje. Odbija się to nie tylko na stanie jego psychiki, lecz także na zdrowiu fizycznym.

Człowiek chory może dobrze przystosować się do starości. Przy odpowiednim nastawieniu otoczenia i przy własnych predyspozycjach psychicznych (np. optymizmie, poczuciu humoru, samoakceptacji) może łagodnie znosić niedogodności związane z chorobą. Jednak skłonności do depresji, bierność i uległość mogą powodować niezaradność i hipochondrię.

Jedną z nowszych typologii przystosowania do starości zaproponował J. Halicki (2010, s. 172–228). Skomponował on na podstawie badań klasyfikację opartą na dominujących cechach osobowości, a nazwa każdej z postaw wobec starości określona została przez najbardziej syntetyczną charakterystykę osobowości. Wyróżnił zatem typy seniorów:

- pragnących ciepła rodzinnego;
- pogodzonych ze starością i samotnością;
- tęskniących za przeszłością;
- przesłaniających starość codziennością;
- skoncentrowanych na sobie;
- pogodnych mimo przeciwności losu;
- odraczających starość;
- aktywnych z poczuciem osamotnienia;
- wierzących we własne siły;
- kompensujących samotność;
- biernie przyjmujących rzeczywistość;
- zadowolonych z teraźniejszości, lecz zaniepokojonych przyszłością;
- żyjących sprawami rodziny;
- aktywnych z natury.

Określenie poszczególnych typów przystosowania oddaje postawy i zachowania seniorów, przez co nie jest wymagana szczegółowa charakterystyka cech. Bogata klasyfikacja

(czternaście typów) świadczy o wnikliwym analizowaniu zarówno cech osobowości, jak i prezentowanych postaw.

Podsumowując kwestie adaptacji do starości, psychologowie za jej podstawę uważają trzy rodzaje zjawisk: podtrzymywanie przez stymulację tych funkcji, które najwolniej ulegają pogorszeniu, stopniowe podejmowanie działań kompensacyjnych oraz utrzymywanie optymizmu bez względu na koszty starzenia się (Straś-Romanowska 2007).

Dobra adaptacja do starości to umiejętność radzenia sobie z codziennymi problemami dzięki sprawowaniu kontroli nad własnym życiem. Różnorodność sposobów adaptowania się do niej jest w istocie charakterystyką rozmaitych sposobów postaw prezentowanych wobec nowej, trudnej sytuacji, jaką jest starzenie się.

2.6. Stereotyp starości i człowieka starego

Stereotypy funkcjonujące w społeczeństwie mają najczęściej charakter negatywny. Stereotyp starości i człowieka starego jest wciąż powielany pod względem negatywnych nośników, jest odzwierciedleniem sytuacji ludzi starych żyjących w społeczeństwie, gdyż odpowiada na pytania o to, czym jest starość w wyobrażeniach społeczeństwa, jaki mamy do niej stosunek oraz co myślą o niej i jak wyobrażają ją sobie dzieci, młodzież, dorośli. Stereotyp starości i człowieka starego w przeważającej mierze ma charakter negatywny, choć istnieją również jego pozytywne odmiany.

Stereotyp to uogólniona reprezentacja grupy wyodrębniona z uwagi na jakąś łatwo zauważalną cechę określającą społeczną tożsamość – w tym przypadku wiek. Reprezentacja ta ma różne szczególne cechy, takie jak sztywność, nadmierna ogólność i nietrafność (Wojciszke 2006, s. 471).

Stereotypizacja jako sposób przekazywania wiedzy o otaczającej rzeczywistości jest zbiorem sądów odnoszących się np. do ludzi starych, w ramach których identyczne charakterystyki zostają przypisane wszystkim bez wyjątku seniorom, niezależnie od różnic indywidualnych między nimi (por. Aronson 1997, s. 543). Stereotyp jest zawsze nadmiernie uproszczony, przerysowany i nie oddaje obiektywnej rzeczywistości (Wojciszke 2006).

Stereotypy prowadzą do dyskryminacji i wzmacniają negatywne postawy wobec grupy, której dotyczą. Nader istotne zdaje się to, że sądy i opinie, które są treścią stereotypizacji, nie są nabywane przez człowieka w drodze indywidualnego procesu poznawczego, bezpośredniej obserwacji czy osobistego doświadczenia, lecz przekazywane są jednostce przez rodzinę, środowisko czy instytucje i media biorące udział w procesie wychowania. Stereotyp jest wartościującym sądem połączonym z przekonaniem, związany jest z określonym ładunkiem

emocjonalnym, mimo że najczęściej jest sprzeczny z faktami, niezwykle oporny na zmiany, nieelastyczny i długotrwały.

Znaczącą rolę w kształtowaniu stereotypu starości i ludzi starych pełnią media oraz system edukacji i one też mogą wpłynąć na zmianę stereotypowego myślenia i sądów.

Starość nie jest stanem jednakowym dla wszystkich, zależnym wyłącznie od wieku, oczywiste zatem jest, że nie istnieje żaden typowy sposób zachowania się ludzi starych, co jest podstawą stereotypowego ich postrzegania i takich oczekiwań wobec nich. To, jak człowiek przeżywa swoje późne lata, zależy od wielu czynników biologicznych, fizjologicznych, a także od osobowości. Stąd wniosek, że stereotyp starości jest nieprawdziwy, fałszywy i może być odczuwany jako krzywdzący.

Społeczeństwo narzuca ludziom w podeszłym wieku swój własny sposób myślenia o starości, a jej model zawarty w stereotypie każe traktować jako obowiązujący. Unifikuje wzorce zachowania i normy wbrew temu, że nie ma jednolitego typu człowieka starego, a proces starzenia się u każdego przebiega odmiennie. Społeczny obraz człowieka starego nie uwzględnia różnic indywidualnych. Taki powierzchowny sposób postrzegania starości przejawia się w dwóch rodzajach stereotypów – negatywnym i pozytywnym, który słuszniej byłoby nazwać „pseudopozytywnym". Widoczne są one zwłaszcza w mediach (reklamy).

Pierwszy rodzaj – negatywny – przedstawia człowieka starszego jako: zaniedbanego, zgorzkniałego, zniechęconego i zamkniętego w sobie starca, człowieka odrzuconego przez najbliższych, nieufnego, żyjącego z upokarzająco niskiej emerytury, bywalca poczekalni w ośrodku zdrowia i stałego klienta pomocy społecznej.

Drugi zaś – pozytywny i sielankowy – tworzy obraz radosnego emeryta na rowerze, beztroskiego dziadka w otoczeniu gromadki wnucząt, dobrotliwego, siwowłosego seniora rodu z namaszczeniem celebrującego rodzinne uroczystości, eksperta w wielu sprawach, w tym w kwestiach stosowania sprawdzonych leków na rozmaite dolegliwości.

Badania podejmowane przez gerontologów wśród amerykańskich studentów pozwoliły wyodrębnić trzy grupy pozytywnych stereotypów – portretów, wizerunków starości – oraz osiem grup negatywnych. Do pierwszej z grup należą:

- „wzorowy dziadek" – mądry, zdolny, wyrozumiały, zadowolony, szczęśliwy, potrzebny, zdrowy, aktywny, korzystający z życia, uczestniczący w życiu rodzinnym, odważny, otwarty, pomocny;
- „mędrzec" – interesujący, inteligentny, skoncentrowany na ważnych zadaniach, snujący plany na przyszłość, znający historię, kochający;
- „liberalna głowa rodziny" – dojrzały emocjonalnie i społecznie, przewodzący życiu rodzinnemu, podejmujący problemy rodziny.

Do drugiej grupy natomiast należą:

- człowiek słaby – zapominający, powolny, seksualnie bierny;
- człowiek bezbronny – biedny, bojaźliwy, spokojny, żyjący skromnie, ofiara oszustw;
- człowiek osamotniony – nieufny wobec obcych, żyjący przeszłością, zacofany, konserwatywny, dający się łatwo wyprowadzić z równowagi;
- człowiek niezaangażowany – chory, uzależniony od rodziny, niezaradny, powolny, wymagający opieki, niezdolny do pracy;
- wścibski sąsiad – plotkarz, skąpy, chciwy, oschły, snobistyczny, naiwny;
- człowiek zniechęcony – nieszczęśliwy, oczekujący na śmierć, hipochondryk, budzący współczucie, mało aktywny, nudny;
- żebrak i włóczęga – będący ciężarem dla społeczeństwa, brudny, pozbawiony uczuć;
- złośliwiec i sknera – zgorzkniały, ponury, egotyk, niezdolny do komunikacji społecznej (za: Szarota 1998, s. 29–30).

Pozytywne i negatywne stereotypy osób starszych oraz ich konsekwencje można zaprezentować w zestawieniu tabelarycznym.

Tabela 5. Dwa rodzaje stereotypów osób starszych

	Treść	Konsekwencje
Pozytywny stereotyp	Uprzejmi, pogodni, godni zaufania i wpływowi oraz wymagający specjalnego traktowania i szczególnej uwagi wyłącznie ze względu na swój wiek, należą się im szczególne względy; także poszukiwanie nowych sposobów adaptowania się do starości	Protekcjonalny sposób mówienia i sposoby traktowania ludzi starszych, przyznawania im prawa do aktywności, ale w wymiarach uznawanych za właściwe dla danego wieku
Negatywny stereotyp	Nieelastyczni pod względem cenionych wartości i sposobu myślenia, powolni w ruchach, pozbawieni celu i zacofani, stanowią ciężar dla rodziny i społeczeństwa, często niesamodzielni, konfliktowi i naiwni, oczekujący pomocy od rodziny bądź od państwa	Ambiwalentne, często negatywne nastawienie do osób starszych, wyrażające się w unikaniu kontaktów z nimi, przejawami dyskryminacji; przekładające się na odmawianie seniorom prawa dostępu do świadczeń medycznych, różnego rodzaju usług czy pełnej partycypacji społecznej

Źródło: opracowanie A. Chabior, za: Kaczan, Ohme 2007, s. 197–217.

Stereotyp osób starych oparty jest w znacznej mierze na oczekiwaniach społecznych wobec tej grupy. Oczekiwania te dotyczą najczęściej stylu życia, ról społecznych i rodzinnych, jakie są często narzucane seniorom, oraz wymagań co do sposobu zachowania się i aktywności. Główną funkcję w tych oczekiwaniach pełni dystynkcja emeryta, czyli rola biorcy. Starość bowiem w życiu społecznym przeciwstawiana jest (zbyt) silnie młodości, a biegunowość tych zjawisk skutkuje antagonizmami w różnych sferach życia społecznego.

Już osoby w wieku 50+ mają trudności ze znalezieniem pracy i/lub utrzymaniem się na rynku pracy. Do głosu dochodzi przekonanie, że „starzy" (choć pięćdziesięciolatkowie jeszcze nimi nie są) zabierają pracę młodym. Ta sytuacja ma często ambiwalentny charakter. Z jednej strony ubóstwo jest jedną z najbardziej dojmujących cech starości, z drugiej zaś w wielu

rodzinach to seniorzy są członkami o jedynym i stałym dochodzie (mimo że niskim). Mimo widocznego i deklarowanego niedostatku wielu emerytów przyznaje się do pomocy finansowej (materialnej) świadczonej krewnym – najczęściej dorosłym dzieciom i wnukom.

Innym skutkiem zbyt wczesnego przechodzenia na emeryturę i braku pomysłów na zagospodarowanie czasu wolnego z jednej strony, a działania negatywnego stereotypu starości z drugiej jest próżnia socjologiczna w obszarze między działalnością rodzinną a poziomem wspólnoty narodowej. Pełnione za społecznym przyzwoleniem role dziadków są traktowane jako obowiązkowe dla emerytów. Szersza działalność społeczna natomiast to przestrzeń dla wybrańców wytrwałych w realizacji samych siebie.

Z powodu braku w pełni wypracowanych i przyjętych wzorów aktywności emerytalnych w Polsce społeczeństwo stereotypowo zamyka seniorów w ramy aktywności znanej sobie i oswojonej, a przy tym użytecznej dla innych, którą jest przede wszystkim niańczenie wnuków, ewentualnie praca zarobkowa. Emerytura jako czas wolny, czas dla siebie, na samorozwój, naukę, poszerzanie własnych zainteresowań, realizację marzeń to ekstrawagancja, fanaberia typowa dla osób samotnych, wyemancypowanych i wyrodnych (babć, matek, rzadziej – dziadków i ojców).

W naszym kręgu kulturowym nie było do tej pory zjawiska planowania emerytury i starości, dbania o rozwój ludzi starszych, realizacji ich indywidualnych potrzeb, spełniania marzeń. Z tego powodu również w sferze działań kulturalnych i kulturotwórczych, animacyjnych ludzie starsi występują rzadko.

Stereotyp nie uwzględnia heterogeniczności starości. Prawidłowością bowiem jest to, że społeczeństwo wytwarza stereotyp człowieka starego oparty przeważnie na skrajnych grupach, których cechy przypisuje się następnie wszystkim ludziom w podeszłym wieku (por. Susułowska 1986). Społeczeństwo nie różnicuje członków tej populacji na zdrowych, aktywnych, samodzielnych, niezależnych oraz chorych, biernych, niesprawnych, schorowanych. Wszyscy jednakowo etykietowani są jako starzy, czyli wymagający opieki, wsparcia, pomocy, bo sami

sobie nie dadzą rady. Starsi ludzie to dla społeczeństwa ciężar i balast, starość to nieciekawa faza życia, w której człowiek skazany jest na pomoc innych lub zapomniany.

W stereotypowym postrzeganiu społecznym nie jest uwzględniany aktywny styl życia sześćdziesięcio-, siedemdziesięcio-, a nawet i osiemdziesięcioletnich osób. W życiu codziennym mamy liczne (i coraz liczniejsze) przykłady wysokiej aktywności tzw. zwykłych ludzi, spotykamy ich w pracy, na osiedlu, w domach kultury, w klubach. Aktywność w jesieni życia nie dotyczy już tylko pracowników naukowych, dziennikarzy, polityków, pisarzy czy sportowców. Wymienić wypada choćby twórców, którzy nie zniechęcili się do pracy i aktywnego życia po przekroczeniu 60. roku życia, takich jak: Władysław Bartoszewski, Zbigniew Lew-Starowicz, Zygmunt Bauman, Kazimierz Kutz, Andrzej Wajda, Beata Tyszkiewicz, Krystyna Janda, stuletnia Danuta Szaflarska, Maryla Rodowicz, gwiazdy światowego kina i sceny, takie jak: Clint Eastwood, Robert De Niro, Anthony Hopkins, Tina Turner, Mick Jagger i tysiące innych.

Jak już powiedziano, istotną rolę w procesie generowania i dystrybucji stereotypów pełnią media oraz system edukacji. W telewizji i prasie powszechną tendencją jest *anti-ageing* oraz prezentowanie seniorów jako (negatywnych, śmiesznych) bohaterów reklam, które swój przekaz opierają na pokazaniu słabości, naiwności i bezradności w codziennych i niecodziennych sytuacjach. Nie ma bodaj lepszego przykładu (antyprzykładu) na niedostosowanie do nowoczesności i nieporadność (we wszystkim) niż zalękniony, naiwny staruszek.

Także podręczniki szkolne posługują się od lat niezmienioną ikoną dobrotliwej i ukochanej babci – z siwym koczkiem, owinięta pledem siedzi w fotelu i robi na drutach szal (dla wnuka z pewnością), ewentualnie opowiada bajki lub piecze ciasta (przepyszne i na każdą okazję, niemal codziennie). Ten wizerunek babci oparł się wszelkim przemianom, które zaszły w ostatnich latach, nawet farbowaniu włosów przez kobiety, co szczególnie zadziwiające w dobie kultu młodego wyglądu propagowanego głównie przez reklamy telewizyjne. W dobie mody na aktywność

sportową nie ma w podręcznikach babć na rowerach. To dowód na to, jak wiele stereotypów funkcjonuje przez całe lata w niezmienionej formie.

Współczesne społeczeństwo przypisuje co prawda ludziom starszym różne atrybuty, wśród których są wiedza, mądrość życiowa, cierpliwość, doświadczenie, autorytet, ale nie jest jednocześnie skłonne do przyznawania seniorom uprzywilejowanych miejsc w swoim gronie. Apoteoza młodości robi swoje – nikt nie chce być stary.

Język jako kulturowo wspólny kod porozumienia się jest najważniejszym środkiem definiowania i komunikowania stereotypów. Słowo „nestor" zanika tak, jak model wielopokoleniowej rodziny, w której ludzi starszych otaczano szacunkiem i posłuszeństwem. Starzec nie jest w naszym współczesnym społeczeństwie osobą świętą, której z racji wieku i doświadczenia należy się szacunek i przywileje; nie ma gerontokracji. Nestor zamienił się w emeryta i rencistę, przy czym nikt nie traktuje emerytury jako przywileju wynikającego z wieku, lecz jako obciążenie dla czynnej zawodowo części społeczeństwa.

Stereotypy mogą być silnym spoiwem grupy społecznej. Grupę własną postrzega się jako wyodrębnioną przez posiadanie swoistych cech w stosunku do innych grup (autostereotyp i heterostereotyp). W ten sposób następuje podział na „swoich" i „obcych", przy czym zjawiskiem typowym jest postrzeganie własnej grupy lepiej od innych zbiorowości, chociaż w przypadku starości rzecz ma się zazwyczaj odwrotnie. Mimo że przypisuje się ludziom z tej grupy wiekowej wiele zalet, nie obdarza się jej jednak społecznym uznaniem ani przywilejami. Zjawisku temu sprzyja uznawanie „młodych" i „starych" za obce sobie, a nawet antagonizujące grupy.

Istnienie stereotypów pozwala na wartościowanie zjawisk zgodnie z emocjami, które one ze sobą wnoszą. W przypadku starości zwykle są to emocje negatywne. Powszechnie bowiem starzenie się nie kojarzy się z rozwojem, lecz ze zużyciem materii. Stary to zatem niepotrzebny, bezproduktywny. Nie ma drugiego etapu w życiu człowieka, z którym wiązałoby się tyle przesądów,

nieporozumień i niechęci. Także ludzi starych w stosunku do siebie wzajemnie.

Stereotypy umożliwiają usprawiedliwianie istnienia nierówności społecznych i zbiorowe działania (lub ich brak) na rzecz pewnych grup społecznych. Przypisując starszemu pokoleniu niezaradność, bierność oraz brak inicjatywy, można usprawiedliwiać brak działań mających poprawić jego sytuację życiową. Wyodrębnienie „obcych" na podstawie różnicującego kryterium – w tym wypadku wieku, wyglądu, bierności zawodowej – scala i pogłębia zwartość grupy „swoich". Młodzi i starzy to obce (wrogie) sobie grupy.

Zapominanie, że starość jest naturalnym stadium życia, pociąga za sobą realne niebezpieczeństwo izolowania jej od reszty społeczeństwa, a tym samym zamykania seniorów w ich specyficznym świecie. Ze względu na wyraźnie odbieraną, zwłaszcza przez ludzi młodych, odrębność biologiczną i kulturową ludzi starszych zaczynają oni stanowić swoistą mniejszość społeczną określoną nie na podstawie liczebności, lecz własnego stylu życia, kultury, odmiennych wartości, swoistych potrzeb. Współcześnie, gdy młodość traktuje się nie tylko jako fazę życia, lecz także jako wartość samą w sobie, ludzi starzejących się ocenia się tym lepiej, im więcej jest w nich młodości.

Osoby starsze niekorzystnie różnią się od młodych (czyli decydujących o życiu społecznym i gospodarczym) liczbą przeżytych lat. Młodość we współczesnej kulturze jest równoznaczna ze zdrowiem, pięknem, aktywnością i sukcesem, natomiast dłuższe życie oznacza, co prawda, większe doświadczenie, ale taki jego rodzaj, który stanowi historię i nie jest obietnicą szybkiego sukcesu ani popularności.

Społeczeństwo zarzuca ludziom starszym bezużyteczność, nieefektywne spędzanie czasu, a z drugiej strony niechętnie udostępnia im miejsca pracy czy nawet przyznaje samo prawo do podejmowania aktywności zawodowej, twierdząc, że się do tego już nie nadają lub że powinni ustąpić miejsca młodym.

Mały zakres ról społecznych udostępnianych populacji emerytów powoduje obawę młodszej części społeczeństwa przed starością i emeryturą. Proces ten działa we współczesnej

rzeczywistości zgodnie z zasadą sprzężenia zwrotnego – niechęć do emerytów jako biernej grupy skutkuje alienowaniem ich ze sfer aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym, co staje się dużym problemem, także gospodarczym. Dodatkowo zakończenie pracy zawodowej owocuje wycofaniem się z kontaktów społecznych i powoduje poczucie izolacji od reszty społeczeństwa.

Stereotypowe postrzeganie ludzi starych stało się tak powszechne we współczesnych społeczeństwach i przez to tak poważne, że opisane zostało przez Roberta Butlera pojęcie ageizmu, czyli dyskryminacji ze względu na wiek (Fennell, Philipson, Evers 1988, s. 53). Z tym negatywnym zjawiskiem związane jest pojęcie deprywacji i ekskluzji społecznej starszego pokolenia, czyli odsunięcia osób starszych od uczestnictwa w szeroko pojętym podziale dóbr (Synak 2002, s. 18–19). Osoby starsze, odsunięte od możliwości uczestniczenia w życiu społecznym i zawodowym, przejawiają większe trudności w pogodzeniu się z nową sytuacją, z adaptacją do fazy starości.

Otoczenie może także obniżać właściwy potencjał osób starszych. Wiek kalendarzowy nie determinuje jakości funkcjonowania w takim stopniu, w jakim ma na nie wpływ negatywne myślenie o swoich możliwościach. Jeśli seniorzy będą traktowani jak produktywni, kompetentni członkowie społeczeństwa, będą zachowywać się w ten sposób. Jeśli natomiast będzie się do nich odnosić jak do bezradnych, zacofanych i biernych – przyjmą taką postawę i tak też będą o sobie myśleć.

Dzięki rozwojowi myśli i praktyki gerontologicznej następuje stopniowe przesunięcie akcentu z negatywnego postrzegania starości na przyjęcie tezy o bogatym potencjale osób starszych. Przyczyną tego wrogiego postrzegania było prezentowanie tezy o ekonomicznych konsekwencjach starzenia się społeczeństwa, wzrastającym obciążeniu budżetu państwa ludźmi starszymi, a ich samych przedstawiano jako źródło rozlicznych problemów wymagających rozwiązania.

Do głosu w społecznych debatach dochodziły następnie ambiwalentne postawy wobec starości i popularyzowano pogląd, że może ona być zarówno pozytywnym, jak i negatywnym okresem życia, co zależy od samych seniorów, ich doświadczeń i biografii. Aż do przyjęcia tezy o istnieniu niewykorzystanego potencjału i bogatych możliwości ludzi starszych, zwłaszcza w obszarze ich aktywności, wskazywano na konieczność dokonania zasadniczych przeobrażeń świadomości społecznej, które powinny skutkować postrzeganiem starości w odmiennych niż dotychczas kategoriach. Obecnie mamy do czynienia z odejściem od deprecjonowania starości na rzecz akceptacji jej biologicznej nieuchronności i doceniania jej atrybutów.

Źródeł stereotypów jest wiele. Do niwelowania ich z pewnością przyczyniłyby się kontakty członków różnych grup wiekowych, społecznych. Brak spotkań między obcymi zbiorowościami jest zazwyczaj podstawą niewiedzy i uprzedzeń. Zlikwidować je można przez wzajemne, osobiste kontakty, poznawanie się członków różnych grup, co pozwoli dostrzec ich pozytywne cechy, osobiste walory i różnorodność.

W rozbudowanym systemie szkolnym i wychowaniu obywatelskim młodzieży problem przygotowania do starości – własnej, rodziców, dziadków – nie jest należycie potraktowany. W szkołach i programach nauczania zbyt małą wagę przywiązuje się do uczenia młodych poszanowania dla ludzi starszych, nie tłumaczy się procesu starzenia się społeczeństwa ani roli, jaką osoby w podeszłym wieku mogą w nim odegrać. Długotrwałe braki w edukacji na rzecz starości, znikoma wiedza społeczeństwa na temat wad i zalet tego etapu życia powodują utrwalenie negatywnych postaw i zachowań. Zmiany powinny objąć przede wszystkim sferę edukacji, w tym zarówno formalnej, jak i nieformalnej (media), przez wprowadzenie szerokiej edukacji równościowej, obywatelskiej.

3. Starość jako zadanie rozwojowe

Starość jest ostatnim etapem rozwojowym człowieka w naturalnym cyklu jego życia. Jest zadaniem, przed którym stoją człowiek dorosły, młody, adolescent i dziecko. Przygotowanie do starości to proces długotrwały, którego początków upatrywać należy już we wstępnych fazach rozwoju dziecka, trwający przez całe życie.

Przygotowanie do starości mieścić się będzie w szeroko rozumianym procesie wychowania, rozpatrywanym z dwóch perspektyw: wychowania do starości oraz wychowania w starości, lub używając innej nomenklatury: edukacji do starości oraz edukacji w starości. Jest to proces całożyciowy i wielokierunkowy, co oznacza, że człowiek permanentnie uczestniczy w wychowywaniu samego siebie i innych na każdym etapie swojego życia. W wąskim znaczeniu wychowanie jest działaniem celowym, świadomym, ukierunkowanym, którego zadaniem jest stwarzanie szans rozwojowych. Im człowiek dojrzalszy, tym więcej znaczenia nabierać będzie dla niego proces samowychowania (autoedukacji).

Niedyrektywne podejście zakłada rozpatrywanie wychowania z jednej strony w kategoriach organizowania środowiska, pośredniego oddziaływania na podmiot, z drugiej zaś na równorzędnych relacjach między osobami, gdy kontakt jest bezpośredni. Podejmując zatem problematykę wychowania do starości i w starości, należy mieć na uwadze kluczową funkcję wychowania: wspomaganie rozwoju przez stwarzanie optymalnych warunków rozwojowych, a w szczególności wspieranie samorozwoju przez dialogową relację między osobami.

3.1. Wychowanie do starości i w starości

W dzieciństwie, w latach młodzieńczych i na kolejnych etapach życia kształtują się postawy pomagające w przyszłości zmierzyć się z własną starością. Wcześniejsze lata życia mogą stać się jednocześnie inspiracją do działań w późnej dorosłości, o czym w swojej krótkiej refleksji na temat przygotowania się do starości wspomina wybitny filozof Leszek Kołakowski:

> Nie można wprawdzie długo przechowywać zdolności do wyczynów sportowych, ale można – zdolność do umysłowej asymilacji rzeczy nowych, do zainteresowania czymś do tej pory nie znanym, ochotę do próbowania tego, co jeszcze nie wypróbowane, zdolność uczenia się, to znaczy bycia uczniem. Jeżeli to potrafimy, jeśli nie jesteśmy uwięzieni w nudnej rutynie powtarzanych ciągle kroków, w trwożnej monotonii własnych ruchów, możemy przenieść pewne korzystne jakości nastolatków w starość. Nie udaje się to może bardzo często, ale udało się wielu ludziom. Nie powinniśmy sądzić, że jest to sprawa przesądzona raz na zawsze przyrodzonym „charakterem", lepiej wierzyć, że są to cechy życia, które można własną wolą sobie wyrobić, by życie uczynić bardziej zajmującym również w wieku starszym. Zwykłe przedłużanie biologicznego trwania nie ma sensu i często więcej przynosi udręki niż zadowolenia z samego faktu, że oto jeszcze nie umarliśmy (2004, s. 167).

Jednak przygotowany do starości człowiek traktować może wcześniejsze lata życia jedynie jako inspirację, jako podbudowę, gdyż kolejne etapy rozwojowe stawiać będą nowe zadania. Celem przygotowania do starości jest przede wszystkim pogodzenie się z własnym starzeniem się i gotowość do podejmowania kolejnych zadań na następnych etapach rozwojowych.

Na wagę przygotowania się do zmian w późnej dorosłości zwracał uwagę już w latach siedemdziesiątych XX wieku Aleksander Kamiński, nazywając ten proces właśnie „wychowaniem do starości" i podkreślając, że polegać ma on na

> [...] pomaganiu ludziom w nabywaniu zainteresowań i aspiracji oraz umiejętności i przyzwyczajeń, które – gdy nadejdzie czas emerytury – dopomagają w realizowaniu trybu życia sprzyjającego wydłużaniu młodości i dającej satysfakcję aktywności (1978, s. 359).

Koncepcja przygotowania do starości A. Kamińskiego oparta była na teorii aktywności, z którą wiąże się największe oczekiwania w kwestii satysfakcji życiowej w tej fazie życia. Dostrzeżona w niej została jednocześnie istota wsparcia osób starych i starzejących się, by człowiek odnajdywał się w środowisku przyjaznym, inspirującym, wspomagającym podejmowane działania.

Współczesna interpretacja wychowania podkreśla, że jest to proces polegający na stwarzaniu przez środowiska wychowawcze szans rozwojowych, kreowaniu uwarunkowań do podejmowania odpowiednich dla danej osoby aktywności na przestrzeni całego życia, na wspomaganiu rozwoju, wyzwalaniu potencjału człowieka. Jak konstatuje w analizie teorii krytycznej Bogusław Śliwerski:

> Ontologiczną odpowiedzialność za jakość życia ludzi starych postrzegałaby krytyczna gerontologia nie w jednostce, ale w warunkach jej społecznego życia. Potrzeba jej zatem rozwoju wynika z wrażliwości na pojawiające się nowe obszary bólu i cierpienia, na przywracanie pamięci uniwersalnych wartości, na przełamywanie pozornego konfliktu czy luki międzygeneracyjnej [...] (1997, s. 89).

W oddziaływaniach jednostkowych dominować będzie równorzędna relacja, dialog między osobami, bez rozróżnienia na wychowawcę i wychowanka. Wychowanie to

> [...] całokształt procesów i oddziaływań zachodzących w toku wzajemnych relacji między dwiema osobami, pomagających im rozwijać własne człowieczeństwo (Milerski, Śliwerski 2000, s. 274).

Autorzy tej definicji podkreślają jednocześnie istotność uznania wzajemnej wolności, poszanowania autonomii drugiej osoby.

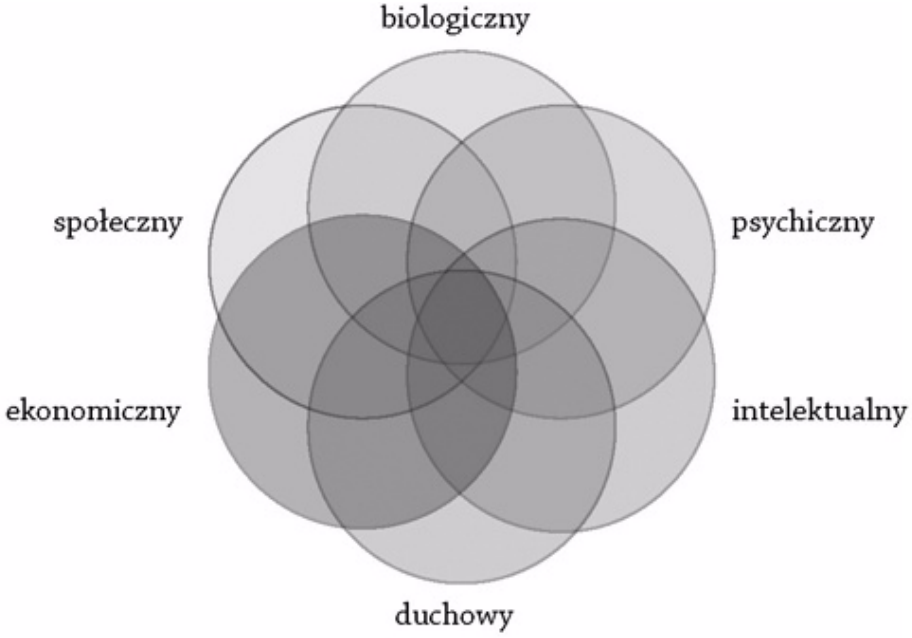
Proces ten będą cechowały zaufanie, autentyczność i odpowiedzialność.

Wraz z dojrzewaniem i umacnianiem się samodzielności w aktach rozwojowych przygotowanie do starości przybiera postać samowychowania. Dojrzałość implikuje potrzebę przejęcia odpowiedzialności za własne życie, z koniecznością ciągłego weryfikowania satysfakcji życiowej, i takiego nim kierowania, by całościowy jego bilans pozwalał zaakceptować własną starość z jednoczesną świadomością sprawstwa w jej kreowaniu.

Wychowanie (się) do starości jest nabywaniem wiedzy, umiejętności, kompetencji, nawyków, doświadczeń, które wspomagają rozwój człowieka na jego późniejszych etapach. Zofia Szarota (2010) proponuje w wychowaniu do starości wyodrębnić pięć zasadniczych pól aktywności, szczególnie istotnych z perspektywy pedagogicznej. Jako pierwszy wymienia poziom biologiczny, który koncentruje się wokół działań mających na celu postawę dbałości o higienę, zdrowie, odpowiednie nawyki żywieniowe, profilaktykę uzależnień, sprawność i kondycję fizyczną poprzez sport, rekreację i wypoczynek. Drugi poziom określony został jako dobrostan psychiczny, rozumiany jako praca nad adekwatnym samopoznaniem siebie, zaakceptowanie siebie ze zdrowym egoizmem i pozytywnym myśleniem o własnej przyszłości, włącznie z zaaprobowaniem własnej starości, jako nieuniknionej fazy życia człowieka. Kolejny aspekt – intelektualny – koncentruje się głównie na pielęgnowaniu aktywności i otwartości umysłowej przez nabywanie, aktualizowanie wiedzy, umiejętności, zainteresowań, poznawanie nowych zjawisk. Przygotowanie społeczne – czwarte pole aktywności – odnosi się do socjalizacji jednostki. Chodzi o przygotowanie człowieka wyemancypowanego, świadomego uczestnictwa w społeczeństwie, w różnych środowiskach, kreującego otoczenie swoje i innych w celu zapobiegania zjawisku wykluczania i burzenia stereotypów. W końcu wymiar ekonomiczny – ostatni – zapewnia odpowiednie postawy wobec problemów życia codziennego, oparte na edukacji ekonomicznej.

W zaproponowanej analizie poziomów wychowania do starości nie da się dostrzec wyodrębnionego obszaru rozwoju duchowego człowieka. Problematyka ta sygnalizowana jest szczególnie w obszarach przygotowania psychicznego oraz intelektualnego. Jednak w okresie późnej dorosłości nabiera ona większego znaczenia, jest wynikiem rekonstrukcji wartości i konfrontacji z troskami egzystencjalnymi dzięki skłonności do transcendowania i do uczestnictwa w praktykach religijnych i mistycznych. W związku z tym w samym procesie wychowania w starości zasadne wydaje się wyodrębnienie pola, którego specyfiką będzie rozwój duchowy. Zresztą zasadniczą różnicą w wychowaniu do starości i w starości jest zmiana jakościowa wyrażająca się przeniesieniem intensywności aktywności na wybrane obszary. Koncentracja na wybranych obszarach będzie zatem ewoluować zgodnie z indywidualnymi upodobaniami, wartościami, światopoglądem oraz w odniesieniu do zewnętrznych uwarunkowań i stopnia dojrzałości. Można jednak przewidywać, że dla coraz dojrzalszych seniorów wartość rozwoju duchowego czy pielęgnowania ważnych kontaktów interpersonalnych przewyższać będzie dbałość o warunki ekonomiczne czy nawet sprawność fizyczną (Fabiś 2015). Subiektywna wizja samego siebie i własna koncepcja godnej starości będzie w dużej mierze kształtować samowychowanie w starości, a zależeć będzie jednocześnie od dotychczasowej biografii.

Schemat 1. Poziomy wychowania do starości i w starości



Źródło: opracowanie własne na podstawie Szarota 2010.

Nie oznacza to jednocześnie, że nie ma uniwersalnych czynników zewnętrznych czy wykształconych postaw wspomagających rozwój do starości i samowychowania w starości. Wymienić można następujące:

- świadomość odpowiedzialności za jakość własnej starości;
- troska o rozwój w ciągu całego życia;
- akceptacja zmieniających się warunków życia oraz faktu przemijania;
- kształtowanie nawyków prozdrowotnych, opóźniających biologiczne starzenie się organizmu;
- przejawianie optymizmu, otwartość na kontakty;
- umiejętność czerpania korzyści z każdej fazy życia, w tym również ze starości (Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska, Kornatowski 2008).

Natomiast wychowanie w starości to – jak już wcześniej wspomniano – proces samodzielnego rozwoju, wykorzystywanie odpowiednich uwarunkowań do najpełniejszego rozwoju, realizacji

swoich celów i zaspokajania potrzeb. Człowiek przygotowany w poprzednich fazach życia do starości akceptuje ją i odnajduje w niej potencjał do dalszego rozwoju. Wychowanie w starości to podejmowanie kolejnych zadań rozwojowych dzięki ciągłemu procesowi, by w pełni świadomie przyjąć starość i jej zadania.

Halina Balicka-Kozłowska proponuje wyeksponować pewne postawy, które mają wspomagać jednostkę w samowychowaniu na starość, dotyczące:

- wyrabiania umiejętności współdziałania z różnymi ludźmi, bez względu na ich wiek, pochodzenie, wykształcenie, zawód,
- podtrzymywania dawnych kontaktów i nawiązywania nowych,
- niesienia pomocy ludziom, nie tylko najbliższym,
- wyrabiania umiejętności korzystania z oferowanej pomocy,
- samokrytycyzmu we wszystkich sprawach osobistych, samokontroli, samo-dyscypliny na co dzień, dystansu do siebie i liczenia się z innymi (1986, s. 168).

Starzenie się (rozpatrywane jednostkowo) jest procesem, który polega na stawaniu przed nowymi wyzwaniami rozwojowymi. Działania mające mu zapobiegać są po prostu wbrew naturze. Źródła nieprawidłowego postrzegania starości upatrywać można we wzorcach, wartościach i normach kulturowych. Wszechobecna afirmacja młodości wraz z kultem ciała, sprawności fizycznej, majętności oraz władzy to przymioty, z którymi rzadko utożsamiana jest starość. Ale też nie ma potrzeby, by ją z tymi wartościami identyfikować. Starość zaakceptowana wiąże się z podejmowaniem odpowiednich strategii radzenia sobie z wyzwaniami rozwojowymi, a nie z rozpaczliwymi – i jednocześnie nieefektywnymi – próbami zapobiegania procesowi starzenia się. Działania mające na celu maskowanie objawów starości (bo przecież zapobiegać im się nie da) uznać raczej można za przejaw niedojrzałości czy problemów z adaptacją do starości. Pojęcie *anti-ageing* ma głównie konotacje medyczne, ale „zwalczanie" starości odbywa się nie tylko za pomocą medycyny estetycznej (por. Błachnio 2012). Zjawisko to obejmuje cały szereg działań, postaw,

przedsięwzięć o podłożu kulturowym, społecznym. Niezwykle konsekwentnie poddaje taką postawę krytyce A.A. Zych, nazywając maskowanie starości samooszukiwaniem, którego

> [...] motywy są nieświadome lub nieadekwatnie postrzegane przez jednostkę z powodu nieprzyznawania się do prawdziwych motywów. Z badań empirycznych prowadzonych nad autodecepcją wynika, że tendencja do samookłamywania się jest związana z wysokim poziomem aprobaty społecznej lęku, z wypieraniem własnych uczuć negatywnych i z postawami obronnymi. Oszukiwanie samego siebie świadczy o zniekształconej percepcji rzeczywistości i jest wyrazem unikania prawdy o samym sobie (2012c, s. 378–379).

Starość jest wyzwaniem nie tylko dla starzejącego się człowieka, lecz także stanowi ważne zadanie dla całego społeczeństwa oraz instytucji i struktur w nim działających. Wszystkie poczynania – zarówno samej jednostki, jak i instytucji czy grup społecznych – powinna cechować nieustanna troska o jakość życia, z tego powodu tak ważne w starzejącym się społeczeństwie jest podkreślanie roli przygotowania do starości – własnej i innych.

Na poziomie indywidualnym oznacza to kształtowanie prawidłowych relacji w rodzinie, zawiązywanie i podtrzymywanie różnorodnych znajomości, kontaktów z innymi ludźmi, relacji sąsiedzkich, a nade wszystko dbanie o bliskie związki i przyjaźnie. Ta sfera życia człowieka ma największe znaczenie dla zapobiegania pojawieniu się zjawiska osamotnienia, izolacji społecznej. Przygotowanie do starości w sferze relacji międzyludzkich ma związek z ewentualną koniecznością opieki nad seniorem, którą sprawują najczęściej osoby z najbliższego otoczenia.

> Do starości należy być przygotowanym. [...] przygotowanie do starości musi zacząć się w domu rodzinnym i w szkole już w okresie dzieciństwa. Rozbudzanie zainteresowań u dziecka może zaowocować w okresie emerytalnym, kiedy człowiek dorosły ma do dyspozycji dużo czasu wolnego. Nabywanie pewnych nawyków, związanych choćby z higieną pracy, pielęgnacją ciała i dbałością o kondycję fizyczną w

> dzieciństwie czy w wieku młodzieńczym jest z pewnością wielkim ułatwieniem w codziennym życiu seniora. Dla osoby, która przez całe życie dbała o swoje ciało, w wieku senioralnym zadbanie o kondycję fizyczną będzie tylko kontynuacją określonego stylu życia (Fabiś 2005b).

Przygotowany do starości człowiek akceptuje swój wiek i potrafi wykreować własną godną starość i sprostać kolejnym zadaniom rozwojowym na ostatnim etapie życia.

Podsumowując refleksje nad wychowaniem do starości i w starości, należy podkreślić, że starzenie się jest niezwykle zindywidualizowanym procesem. Tożsamość jednostek, ugruntowana ich biografiami, wydaje się tworzyć specyficzną, subiektywną optykę kreowania własnej godnej starości. Zasadne zatem wydaje się raczej odrzucenie ogólnych strategii i dyrektyw dobrego starzenia się i zastąpienie ich jedynie ideą tworzenia szans na dalszy rozwój, wspomaganiem w uwalnianiu własnych sił, możliwości i upodobań w kreowaniu dalszego życia, a także powierzenie kluczowych rozstrzygnięć samemu seniorowi. Znajdywanie cudownych recept na starzenie się czy modeli dobrej starości wydaje się przynosić mniej pożytku niż szukanie możliwości indywidualnego wspomagania tych, którzy tego potrzebują, czy kreowanie przyjaznych uwarunkowań do subiektywnie dobrego starzenia się każdego człowieka.

3.2. Profilaktyka starzenia się

A.A. Zych definiuje profilaktykę starzenia się bardzo szeroko. Są to skoordynowane działania „mające na celu zapewnienie prawidłowego starzenia się człowieka, obejmujące elementy fizyczne, psychiczne i społeczne", a jej zadaniem jest stworzyć „warunki do prowadzenia niezależnego życia na odpowiednim poziomie oraz pomoc w zadowalającym samookreśleniu się osób starzejących się i starych" (2010, s. 137). Nie da się zapobiegać starzeniu się i z pewnością uczynienie życia wolnym od chorób i niesprawności jest niemożliwe, można jednak wpłynąć na znaczną redukcję destrukcyjnych czynników oddziałujących na satysfakcję życiową. Profilaktyka to inaczej zapobieganie. Wydaje się więc uzasadnione ostrożne stosowanie pojęcia „profilaktyka starzenia się" czy zwrotu anglojęzycznego *anti-ageing*, gdyż – jak powszechnie wiadomo – starzenie się człowieka jest procesem nieuniknionym, naturalnym. Jednocześnie konotacje tego terminu są jednoznaczne i pejoratywne, jakby starość była złem, którego należałoby uniknąć. Można więc mówić raczej o systemowym opóźnianiu procesów starzenia się aniżeli o działaniach mających na celu ich zatrzymanie. A i takie postawienie sprawy nie do końca rozwiewa wątpliwości, bo należałoby jednak założyć, że konieczne jest pogodzenie się z własnym starzeniem się. Jeśli opóźnianie pewnych procesów miałoby podnieść jakość życia w starości, to trudno nie postulować postawy, która zapobiegałaby destrukcyjnym czynnikom. Musi mieć ono jednak swoje ramy. Profilaktyka starzenia się nie jest w żadnym stopniu walką z jego objawami, ale wspomaganiem osób starzejących się i starych w przygotowaniu się do starości i funkcjonowania w niej przez zaakceptowanie zmian oraz zminimalizowanie negatywnych skutków starzenia się. To poszukiwanie najdogodniejszych uwarunkowań rozwojowych na każdym etapie życia aż do okresu starości.

Profilaktyka to szereg działań podejmowanych w celu zapobiegania niekorzystnym zjawiskom i procesom. Starość zwykło uznawać się za okres życia o poważnym ryzyku wystąpienia przewagi strat nad zyskami zarówno z punktu widzenia indywidualnego funkcjonowania, jak i społecznych kontekstów. Stąd wielu badaczy wskazuje na konieczność podejmowania działań profilaktycznych, przede wszystkim wspomagających przygotowanie się do satysfakcjonującego przeżywania starości. Można zatem spojrzeć na profilaktykę starzenia się jak na działania na rzecz generacji osób starzejących się i starych, których celem jest optymalne starzenie się jednostek.

Z perspektywy polityki prosenioralnej najistotniejszym postulatem wychowania w starości (i do starości) jest zachowanie przez osoby starsze jak najdłużej sprawności i samodzielności, a głównym zadaniem – wspomaganie w realizacji indywidualnych celów. Istnieje zatem potrzeba stworzenia dogodnych uwarunkowań i szans o charakterze przedsięwzięć systemowych, o powszechnym zastosowaniu, pozwalających na podjęcie jednostkowych działań samorozwojowych. Pod pojęciem tak ujmowanych działań zbiorowych rozumieć należy inicjatywy podejmowane przez organy państwa, samorządy oraz instytucje społeczne ukierunkowane na zaspokajanie potrzeb społeczeństwa, w którym wzrasta odsetek osób starszych.

Autorzy opracowań z zakresu gerontologii oraz polityki społecznej wymieniają zakresy działań szczególnie istotnych dla funkcjonowania w starości, o które zadbać ma senior świadomy własnych możliwości z wykorzystaniem rozwiązań systemowych. Obszarami tymi są:

- zdrowie psychiczne oraz fizyczne;
- warunki bytowe i ekonomiczne;
- aktywność społeczna.

Kontynuacja dbałości o zdrowie zarówno psychiczne, jak i fizyczne to pierwszy obszar działań (Błachnio 2011). Na podkreślenie zasługują dbanie o właściwą higienę oraz

podejmowanie aktywności fizycznej na odpowiednim do możliwości poziomie. Ważne jest, by zdawać sobie sprawę z rosnących wraz z wiekiem ograniczeń i zaakceptować zmiany zachodzące na poziomie fizycznym i biologicznym, lecz nie może to oznaczać biernego poddawania się pogarszającemu się stanowi zdrowia i sprawności. Wysiłki podejmowane w celu opóźnienia tego procesu przez zdrowy styl życia i aktywność fizyczną przyczyniają się znacząco do poprawy jakości życia w starości. W wielu krajach rozwiniętych powszechnym i akceptowanym wzorcem staje się uprawianie sportów w każdej fazie życia, nie wyłączając starości. Rekreacja na świeżym powietrzu, wycieczki, podróże, spacery, gimnastyka, aktywność turystyczna, sporty rowerowe, pływanie, uprawnianie działki, wędkarstwo to wybrane formy aktywności dostępne i zalecane seniorom z uwzględnieniem (jednostkowego) stanu zdrowia.

Działania na płaszczyźnie zdrowotnej mają dwojaki charakter: prewencyjny i kompensacyjny. Profilaktyka zdrowotna w działaniach zbiorowych powinna obejmować edukację w zakresie zdrowia (badania profilaktyczne oraz zdrowy styl życia), a także system leczenia i diagnostyki w postaci rozwiniętych usług geriatrycznych, w tym rehabilitacyjnych. Ważny jest przy tym rozbudowany system wsparcia i opieki socjalnej oraz medycznej, zwłaszcza dla osób mieszkających z dala od miast czy placówek pomocowych.

Większa zachorowalność wśród seniorów, przy jednoczesnym wydłużającym się życiu, związana jest z jednej strony ze zmianami biologicznymi, z drugiej zaś z niewłaściwym stylem życia: nieodpowiednią dietą, brakiem ruchu, nadużywaniem alkoholu, paleniem papierosów oraz innymi zachowaniami ryzykownymi.

Wypracowanie właściwej postawy wobec życia i zdrowia, wczesne świadome kreowanie nawyków prozdrowotnych, regularne treningi umysłowe w celu podtrzymania sprawności intelektualnej, podejmowanie edukacji i nowych wyzwań intelektualnych, angażowanie się w aktywność na rzecz własnego rozwoju, lecz również w pomoc i sprawy innych, czyli czynne

uczestnictwo w międzygeneracyjnym uczeniu się – stanowią istotny obszar przygotowania się do funkcjonowania w starości.

Dla zdrowia psychicznego potrzebne są przede wszystkim trening umysłowy i szeroki kontekst życia społecznego stymulujący od utrzymywania więzi w najbliższym otoczeniu przez przyjaźnie, kontakty społeczne oraz angażowanie się w działania dające satysfakcję i uznanie, jak choćby wolontariat. Edukacja to kolejny obszar aktywności mogący znacząco poprawić jakość życia w starości przez wcześniejsze przygotowanie się do niej. Jest także narzędziem do realizacji potrzeb i zaplanowanych celów, w końcu może stać się stylem życia w starości (Czerniawska 1998).

> „Ale nie zapominajcie, że chwalę tu w ogóle tylko taką starość, której podstawą jest dobrze przeżyta młodość. Toteż mogę powtórzyć tutaj to, co kiedyś powiedziałem z wielkim aplauzem wszystkich słuchających, że nędzna to starość, która się słowami bronić musi. Bo ani siwe włosy, ani zmarszczki nie są w stanie nagle zdobyć dla siebie poważania. Jest ono ostatnim owocem godnie przepędzonego życia".
>
> (Cyceron 1996, s. 61)

Na poziomie zbiorowym przygotowanie do starości w sferze edukacji powinno obejmować wspomaganie finansowe, legislacyjne i organizacyjne instytucji opracowujących oferty edukacyjne dla osób starszych. Istotne jest także stworzenie odpowiednich podstaw legislacyjnych w polityce zatrudnienia i doskonalenia zawodowego osób starszych. Szczególnie ważne wydaje się organizowanie odpowiedniego wsparcia systemowego na rzecz aktywności kulturalnej, przez wspomaganie instytucji kulturalnych, oświatowych i opiekuńczych w stwarzaniu dogodnych uwarunkowań dla edukacji pozaformalnej i nieformalnej seniorów, a także programowania edukacji w kształceniu formalnym z uwzględnieniem przygotowania do starości.

Dobra kondycja w starości pozostaje nie bez związku z warunkami materialnymi i sytuacją ekonomiczną człowieka. Na poziomie działań ogólnospołecznych, realizowanych między innymi przez państwa w całej Unii Europejskiej, trwają przygotowania na rosnącą liczbę osób starszych stających się świadczeniobiorcami. Działaniami koniecznymi wydają się między innymi: wydłużanie okresu aktywności zawodowej, promocja zatrudniania osób w wieku 50+, uznawanych często za ludzi w okresie poprodukcyjnym, wspieranie procesów zmiany kwalifikacji i/lub czasu pracy, walka ze zjawiskiem marginalizacji osób starszych i dyskryminacją ze względu na wiek, tworzenie odpowiednich stanowisk pracy dla seniorów, zarządzanie wiekiem w firmach. Są to działania, które stają się koniecznością w krajach o rosnącej liczbie osób w wieku okołoemerytalnym przy jednoczesnym spadku osób w wieku produkcyjnym oraz zaczynających edukację i życie zawodowe.

W tym kontekście ważne są wcześniejsza przezorność i wypracowanie sobie świadczenia emerytalnego i/lub zaoszczędzenie środków na starość. Związane jest to z podejmowaniem decyzji o własnej aktywności zawodowej, planowaniem jej zakończenia lub przedłużania, ewentualnym dodatkowym zatrudnieniem na emeryturze, co ma duże znaczenie dla ustalania wysokości świadczenia i dodatkowych źródeł utrzymania lub oszczędności (Fabiś, Tomczyk 2015).

Dla codziennej egzystencji ważne jest także odpowiednie zagospodarowanie przestrzeni mieszkalnej adekwatnie do potrzeb i (zmienionych) możliwości funkcjonowania (zasadna może być np. zmiana mieszkania na mniejsze, jednopoziomowe, bez barier architektonicznych i niepotrzebnych, niewygodnych mebli). Obecnie dzięki gerontotechnologii możliwe jest dostosowanie do potrzeb seniorów coraz większej liczby urządzeń i sprzętów codziennego użytku. Na rynku finansowym pojawiły się również rozwiązania mające na celu zabezpieczenie materialne seniorów dzięki zastosowaniu tzw. odwróconej hipoteki lub dożywotniej renty w zamian za przeniesienie własności mieszkania lub domu na bank, co polega na przekazaniu mieszkania bankowi w zamian

za jednorazową wypłatę lub comiesięczną rentę. Osoba starsza jest właścicielem nieruchomości do momentu swojej śmierci i do tego czasu może w niej zamieszkiwać.

W czasach starzenia się społeczeństwa profilaktyka przybiera charakter działań zmierzających do stworzenia odpowiednich warunków rozwojowych w cyklu całego życia. To wszelkiego rodzaju strategie działań (państwa, środowiska lokalnego, instytucji edukacyjnych itp.) pomagające ludziom młodym (starzejącym się), wchodzącym w starość i starym zaspokajać potrzeby, realizować plany, osiągać kolejne cele życiowe przez stwarzanie możliwości i usuwanie przeszkód, zapobieganie niekorzystnym zjawiskom, a w szczególności: zdrowotnym, społecznym, ekonomicznym, kulturowym, politycznym. Profilaktyka gerontologiczna jest ewoluującą dziedziną gerontologii, stale konfrontowaną z postępem cywilizacyjnym i zmianami obyczajowymi, obejmującą swoim zasięgiem coraz więcej sfer życia i aktywności ludzkiej. Przygotowanie do starości i emerytury nie polega już wyłącznie na gromadzeniu środków finansowych, przygotowaniu materialnym, mającym prowadzić do godnego, satysfakcjonującego życia w tej fazie. Wraz z wydłużaniem się okresu przebywania na emeryturze oraz postępem społecznym i technologicznym dla subiektywnie odczuwanej jakości życia rośnie znaczenie takich jego aspektów, jak: aktywność pozazawodowa, hobby, edukacja, życie towarzyskie i rekreacja, zdrowie, praca, komfort psychiczny, rozwój duchowy. Szczególnie ten ostatni dominuje w starości – wszystkie inne cele stają się tylko narzędziami do osiągnięcia spokoju duchowego, dążenia do pełni człowieka i transcendowania, zgodnie z ostatnim zadaniem rozwojowym człowieka.

3.3. Wychowanie przez starość

Współcześnie kontakty międzygeneracyjne uległy zmianom, powodując oddalenie fizyczne i częściowo także emocjonalne poszczególnych generacji w rodzinie. Seniorzy zamieszkują samodzielnie gospodarstwa domowe, dzieci i kolejne pokolenia oddalają się jeszcze bardziej od siebie, poszukując swojego miejsca na ziemi dużo dalej od domu rodzinnego, niż czyniono to kiedyś. Nie tylko ilość, lecz także jakość tych relacji międzygeneracyjnych jest mocno zredukowana. Przelotne, krótkotrwałe, okazyjne spotkania rodzinne nie dają możliwości poznania seniorów w ich codzienności, z ich troskami i radościami. Nie ma okazji do zweryfikowania powszechnie występujących stereotypów dotyczących osób starych, gdy starość innych doświadczana jest okazjonalnie i powierzchownie.

Jedną z możliwości przygotowania się do starości jest obcowanie z innymi ludźmi, bardziej doświadczonymi, refleksyjnymi. Dla sprawnego i satysfakcjonującego funkcjonowania w starości istotne jest również zadbanie we wcześniejszych fazach życia o relacje społeczne, w tym międzypokoleniowe (por. Muszyński 2015).

Uczenie się jest procesem całożyciowym i może występować zawsze, gdy podejmowany jest jakiś wysiłek, który w konsekwencji prowadzi do zmiany. Uczenie się dorosłych przybiera różne formy i nie musi być związane z intencjonalnym, tradycyjnym zdobywaniem wiedzy. Jest reakcją na otaczający świat. „Panuje szczególna zgoda, co do definicji uczenia się, jako zmiany w zachowaniu będącej skutkiem doświadczenia” (Haggard 1963, s. 20, za: Knowles, Holton, Swanson 2009, s. 23). Takim doświadczeniem może być własne życie, trzeba tylko uruchomić proces tworzenia się myśli autobiograficznej, która stale powracając, kształtuje potrzebę i możliwość analizowania (zapisywania) własnej biografii (Wawrzyniak 2013). Biografia

„innego” stwarza podobną okazję. Elżbieta Dubas tłumaczy rolę drugiej osoby w procesie uczenia się z biografii „innego”:

> Inny bez wątpienia „tworzy” określoną sytuację edukacyjną. Jej charakter wiąże się i wynika z odmiennych relacji Ja wobec Innego. Relacje te ujawniają różne konteksty postrzegania Innego, zależne od różnych sposobów jego rozumienia i definiowania. I tak, Inny może ujawnić nasze odrębności i odmienności i przez nie nas ze sobą antagonizować. Inny jest Drugim, obecnym na drogach naszego życia, które wspólnie, mniej lub bardziej świadomi tego faktu, przemierzamy, jest naszym nauczycielem w szkole życia (Dubas 2011, s. 7).

Przez kontakty z osobami starszymi człowiek młodszy poznaje prawdziwy obraz starości. Konfrontuje się z wizją własnej starości i przemijania oraz doświadcza emocji, których nie miałby okazji przeżywać bez kontaktu z ograniczonymi dla jego generacji obszarami egzystencji. Jest to uczenie się przez starość. Można zatem uczyć się z biografii „innego”, a tym „innym” może być osoba starsza. Sytuacje wychowawcze nie ograniczają się jedynie do bezpośredniego kontaktu z osobą starszą. Szczególny sposób poznawania i uczenia się z biografii innych stanowi lektura dokumentów: pamiętników, dzienników, listów, zapisków, wywiadów. Posiadanie umiejętności uzewnętrzniania swoich myśli, emocji, przeżyć, przedstawiania ich w sposób obrazowy i zrozumiały staje się nieocenione w tworzeniu materiałów biograficznych, które mogą inspirować, pobudzać myślenie i emocje (Dubas, Świtalski 2011b).

Ingrid von Rosen w dzienniku choroby do swojego męża:
„[…] Tylko tęsknię do Ciebie, Twojego poczucia bezpieczeństwa, miłości i Twojej słabości, czuję, jakby płynął między nami strumień dobra, delikatności i miłości. Dobre, co? Więc niech tak będzie: trzeba stanąć jedną nogą w grobie, aby o tym pomyśleć. Kocham Cię!”.
(Rosen, Bergman 2007)

Szczególnej roli uczenia się przez starość upatrywać można w troskach egzystencjalnych, które dominują w starości, takich jak np. cierpienie, samotność, niedołężność. To współuczestniczenie z seniorami w ich zmaganiach życiowych stwarza najlepszą okazję do uczenia się życia przez starość innych, uczenie się z biografii innych (Fabiś 2011c).

Przebywając z cierpiącymi, umierającymi, można uczyć się nie tylko przez poznawanie uwarunkowań związanych z życiem w starości, cierpieniu, opresji, lecz także z wykorzystaniem emocji, uruchomieniem uczuć do kształtowania samego siebie. Członkowie rodzin, wolontariusze, aktywni w pracy z cierpiącymi, chorymi i starszymi przygotowują się jednocześnie w ten sposób do własnej konfrontacji z troskami ostatecznymi (Fabiś, Kędziora 2008).

3.4. Dojrzałość

W starości dojrzałość i mądrość będą pojęciami bardzo sobie bliskimi. Z jednej strony mądrość jest efektem dojrzewania – pomyślnym zakończeniem Eriksonowskiego konfliktu integralności z rozpaczą, a z drugiej to dopiero mądrość pozwala rozwijać się ku transcendencji, przekraczać poza to, co ludzkie – dojrzewać. Starość jest szczególnym okresem w cyklu życia człowieka, a rozwój duchowości jest tym właśnie obszarem, który nadaje jej wyjątkowości. Być może to obecne pokolenie osób starych jest wyjątkowo predysponowane do tego, by starość przeżywać głęboko, refleksyjnie, z pełną świadomością własnej śmiertelności. Maria Straś-Romanowska podkreśla:

> [...] współcześnie żyjący seniorzy są lepiej wykształceni i mają większy dostęp do wszelkiego rodzaju wiedzy, a więc, ujmując rzecz teoretycznie, są bardziej niż dawni seniorzy predysponowani do autorefleksji i świadomego, odpowiedzialnego postępowania (2012, s. 62).

Kryteria dojrzałości zmieniają się na przestrzeni życia. Dojrzałość w każdym stadium rozwojowym oznacza przyjęcie oczekiwanych postaw, zachowań w odniesieniu do zadań rozwojowych, wyzwań, trosk, kryzysów specyficznych dla danego etapu. Nie można jednoznacznie określić osobowości dojrzałej, ale najogólniej rzecz ujmując, za kryterium dojrzałości przyjmuje się

> [...] zdolność wzięcia odpowiedzialności za siebie i swych najbliższych, zdolność eksternalizacji swoich tendencji twórczych, przewagę dawania uczuć nad ich braniem (Kępiński 2013, s. 181).

Starość objawia się swoistymi predyspozycjami, dzięki którym człowiek może rozwijać się na ostatnim etapie rozwojowym, pokonując troski ostateczne i zbliżając się do absolutu.

Starość stawia człowiekowi nowe zadania, by ich wykonanie mogło przyczynić się do dalszego rozwoju. Zgodnie z koncepcją E.H. Eriksona każdy kryzys naturalnie występujący na kolejnym etapie rozwojowym człowieka wymaga dokonywania redefinicji, przewartościowań i nowej organizacji życia na różnych poziomach. Poradzenie sobie z takim kryzysem, z tą nową jakościowo sytuacją, jest kolejnym stadium, krokiem rozwojowym. Dorosłość, zwłaszcza późna – starość, obfituje w troski natury egzystencjalnej. Zarówno zmiany biologiczne, psychiczne, jak i troski ostateczne stanowią wyzwanie dla wchodzącego w ostatnią fazę rozwojową człowieka. Konfrontacja z nimi może ubogacić jednostkę i przyczynić się do jej rozwoju albo wpłynąć destrukcyjnie i oddalić od osiągnięcia oczekiwanej integralności życiowej. W starości – naznaczonej bliskością śmierci – ostatnim zadaniem jest przygotowanie do własnej śmierci. Aby tak się stało, człowiek musi posiąść mądrość, jako zwieńczenie tego etapu, bo tylko człowiek mądry potrafi skonfrontować się z najbardziej druzgocącą myślą – świadomością własnej nieuchronnej i nieodległej śmierci. Tak wyposażony człowiek może dążyć do dalszego rozwoju. W realizacji tego celu pomocne będzie otwarcie duchowe, czy mówiąc słowami Ericha Fromma: „wyzwolenie duchowe" (por. 2005). Willigis Jäger, mistyk i przewodnik duchowy, pisze: „poszukiwanie kontaktu z naszą najgłębszą istotą" pozwoli wyzwolić siły uzdrawiające i porządkujące. Dotrzeć do naszej najgłębszej istoty można, usuwając „zakrywające ją warstwy" (Fromm 2005). Jednakowoż starość może, ale nie musi epatować mądrością i duchowym zaangażowaniem. Zmagania z zadaniami, wyzwaniami, troskami czy problemami mogą okazać się owocne, ale mogą też prowadzić do porażki. We wspomnianym wcześniej kryzysie starości przejawiającym się antynomiami: rozpaczą i integracją, tę pierwszą utożsamiać można właśnie ze świadomością własnej skończoności i brakiem akceptacji takiego stanu rzeczy. Natomiast zintegrowanie myśli o własnej śmiertelności stwarza nowe możliwości i szerszą perspektywę widzenia świata. Jak trafnie określa to I.D. Yalom:

> [...] śmierć i życie wzajemnie się ze sobą wiążą: choć fizycznie śmierć nas niszczy, idea śmierci nas zbawia. Gdy uznamy rzeczywistość śmierci, życie nabiera smaku, radykalnie zmienia się perspektywa życiowa, a my, zamiast wypełniać życie rozrywkami, sposobami na uspokojenie i miałkimi obawami, zaczynamy żyć w sposób bardziej autentyczny (2008b, s. 47).

Przezwyciężenie rzeczonej antynomii skutkuje dotarciem do kolejnego poziomu dojrzałości – zintegrowania myśli o śmierci, a w konsekwencji – osiągnięciem mądrości. Ta poważna troska – własna śmierć – w znacznym stopniu determinuje duchowy rozwój człowieka w późnej dorosłości. A to, co z nią związane: sens życia, jego bilansowanie, pytania o „dalsze życie", próba poznania Boga czy szukanie absolutu, staje się celem poznawczym w starości. Wtedy to jest też człowiek w najwyższym stopniu predysponowany do konfrontacji z problemami natury egzystencjalnej. Dzieje się tak za sprawą specyficznych możliwości transcendowania, które w starości Joan M. Erikson nazywa „transcendantyzmem" i określa jako „przekroczenie, wzniesienie się, doskonalenie i niezależność od wszechświata i czasu. Zakłada również wyjście poza wszelką ludzką wiedzę i doświadczenie" (Erikson 2012, s. 150). Pozwala w końcu dokonywać retrospekcji, analizować sytuację bieżącą, by pozwolić na spojrzenie w przyszłość. Człowiekowi staremu przychodzi mierzyć się z przyszłością, której perspektywa staje się z dnia na dzień krótsza. Takiego trudu może dokonać jedynie człowiek mądry, dojrzały, doświadczony, u którego niepewność jutra i niepokój zagrożeniami starości przezwyciężone zostają perspektywą przekraczającą te doczesne i ludzkie słabości.

Dojrzałość osobowościowa daje trwałe podstawy do podejmowania wysiłków w późnej dorosłości, by realizować najwyższe potrzeby, odczuwane przez każdego na swój sposób. Starość jest czasem, by te trwałe struktury tożsamości wzbogacić duchowym rozwojem, wykraczaniem poza to, co ludzkie.

> Dojrzałość, jako cecha konstytutywna starości oczekiwanej, znaczy tyle, co gotowość podejmowania decyzji opartych na refleksji, na

przemyśleniu uwarunkowań, konsekwencji podejmowanych decyzji i działań. Cechą dojrzałości jest odpowiedni poziom przystosowania społecznego, przejawiający się między innymi wyważonymi relacjami z innymi, rozumieniem innych i wspieraniem ich. W odniesieniu do samego siebie dojrzałość przejawia się tworzeniem spójnej historii życia z wyraźnie nakreślonymi celami, sensem istnienia. Postawą dojrzałości jest także racjonalne postępowanie wobec wielu bodźców, w szczególności tych intelektualnych, skłaniających do refleksji, które w starości należy nie tylko selekcjonować, ale przede wszystkim spożytkować (Fabiś 2013b, s. 140).

Kategoryczną definicję dojrzałości człowieka na ostatnim etapie życia poczynił Piotr K. Oleś. Warunkuje on bezpośrednio dojrzałość w starości konfrontowaniem się z własną śmiertelnością, definiuje ją jako

> [...] zdolność opanowania lęku przed śmiercią, skierowanie aktywności osobistej na wartości nieprzemijające przy zachowanej zdolności cieszenia się z życia i dawania wsparcia innym (2011, s. 256).

Według tego badacza dojrzałość dorosłego człowieka można określić za pomocą trzech kryteriów. Pierwszym z nich jest

> [...] umiejętność wznoszenia się ponad problemy, niewikłanie się w bieżące rozgrywki, układy i konflikty, ale spojrzenie z dalszej perspektywy i realizowanie wyższych celów albo celów zwyczajnych, lecz w imię wartości wyższych. Drugie to sposób traktowania ludzi [...] bezwzględny szacunek dla człowieka, respektowanie jego godności i gotowość do osobistego poświęcenia dla jego dobra lub obrony. [...] Trzecie kryterium to zdolność do transcendencji, to jest przekraczania biologicznych i psychospołecznych uwarunkowań. Wyraża się między innymi umiejętnością kierowania się wartościami wyższymi nawet w sytuacji znacznego niezaspokojenia potrzeb podstawowych, stresu czy zagrożenia (Oleś 2011, s. 254).

„Powiada Marek Aureliusz, że mężczyzna czterdziestoletni, w którym jarzy się iskra rozumu, przeżył wszystko i wie wszystko, co działo się z ludźmi przed nim i co jeszcze może się z nim stać w czasach, jakie nadejdą po jego śmierci.

Szczegóły mogą być rozmaite i odmienne, ale fundamentalne doświadczenie – wspólne dla każdego ludzkiego życia – w ciągu czterdziestu lat faktycznie staje się udziałem każdego człowieka. Bowiem zaznał namiętności, doświadczył stałości praw natury i wie z całą pewnością, że jest śmiertelny. Więcej nie wiedział ani Cezar, ani Antoniusz, ani Marek Aureliusz, i człowiek w ciągu dziejów nie dowie się więcej o sobie samym i o świecie. Wszystko inne to już powtarzanie".

(Márai 2006, s. 21)

Z perspektywy psychologicznej można określić ten stan dojrzałością osobowości.

> Zmiany w biegu życia sugerują, że osobowość nie tylko się zmienia w sensie nasilenia cech i sposobów ich przejawiania, nabywania nowych przekonań i modyfikowania lub porzucania istniejących, ujawnienia nowych uczuć lub wyrażania ich w nowy sposób, ale że istnieje również pewien kierunek tych zmian i ujmując je w sposób całościowy, daje się uchwycić jakościową zmianę osobowości, określaną jako dojrzałość (Oleś 2011, s. 247).

Autor ten opisuje kilka kluczowych właściwości psychicznych, ku którym zmierza rozwój osobowy dorosłego człowieka. Syntetyzując, są to:

- **powiększanie wewnętrznego bogactwa** – poszerzanie horyzontów myślenia, otwarcie się na nowe idee, zainteresowanie się odmiennością, zainteresowanie się sztuką, kulturą, podejmowanie nowych form aktywności;
- **dążenie do szczęścia** – afirmacja życia, dążenie do zaspokajania różnych potrzeb, dążenie do realizacji celów postrzeganych za wartościowe, dostrzeganie wartości w dobrostanie psychicznym, fizycznym, społecznym i duchowym, rozwijanie cnót, angażowanie się w działanie na rzecz innych;

- **wybór celów i realizowanie dążeń życiowych** – umiejętność podejmowania ważnych decyzji, obieranie celów i dążeń realnych do osiągnięcia wytrwałości w działaniu i przezwyciężaniu trudności, dążenie do autonomii;
- **ćwiczenie giętkości adaptacyjnej i adekwatności reagowania** – doskonalenie adekwatnych reakcji, wykorzystanie doświadczeń życiowych (trudnych i radosnych) do własnego rozwoju, podejmowanie inicjatyw, kreowanie nowych form aktywności, gotowość do zmian przekonań, uczuć, opinii;
- **zwiększenie odporności na frustrację** – samodzielne radzenie sobie w sytuacjach stresowych, skuteczne radzenie sobie z pokonywaniem przeszkód bez wsparcia z zewnątrz, wzmocnienie odporności na frustrację dzięki wysokiej samoocenie;
- **klasyfikowanie hierarchii wartości i orientacji wartościującej** – podejmowanie działań szlachetnych dzięki dostrzeganiu tego, co jest istotne dla człowieka w danej sytuacji;
- **zaangażowanie na rzecz dobra wspólnego** – wyjście poza własne dobro, ambicje i przekierowanie zaangażowania na dobro służące innym, cele dalekosiężne, społeczne, istotne z perspektywy dobra ogółu stają się ważniejsze od indywidualnych;
- **transgresja** – wykorzystanie twórczego potencjału na rzecz rozwoju i zmiany, uzewnętrznianie twórczego potencjału osobowości, podążanie nowymi drogami w ważnych życiowo sprawach;
- **kształtowanie szacunku wobec drugiego człowieka** – respektowanie podmiotowości drugiego człowieka, godność i wolność stają się wartościami konstytuującymi relacje z innymi;
- **wyrabianie odpowiedzialności** – podejmowanie odpowiedzialnych decyzji w odniesieniu do problemów egzystencjalnych, gotowość do ponoszenia konsekwencji dokonywanych wyborów;

- **dążenie do rozsądnej autonomii** – obranie własnej drogi życiowej, gotowość podjęcia ryzyka samodzielnego, indywidualnego działania, budowanie więzi emocjonalnych, wspierających działania;
- **budowanie dojrzałości moralnej** – posiadanie uświadamianych wartości i norm, posiadanie własnego kryterium wartościowania i stosowania norm, niezależność w wyrażaniu sądów moralnych (Oleś 2011).

Kryterium rozstrzygającym o dorosłości – dojrzałości nie jest liczba przeżytych lat. To nie wiek kalendarzowy uprawnia do dzielenia ludzi na mniej lub bardziej dojrzałych, jak to przyjęło się dawniej, ale i dziś czynić. Można jednak założyć, że kryteriami dojrzałości na ostatnim etapie życia człowieka można uczynić mądrość, pełnię człowieka, jego głębię duchową (por. Fabiś 2015).

3.5. Mądrość

> Jeśli podstawą mądrości jest refleksja i kultura poznawcza zapewniające odpowiednie wykorzystanie wiedzy, a są to jednocześnie ważne charakterystyki dojrzałej osobowości, to mądrość rozwija się na kanwie osobowości dojrzałej (Oleś 2011, s. 268).

Założenie to jest wtedy bezdyskusyjne, gdy mądrość traktowana jest jako własność globalna, a nie jako osiągnięcie najwyższego stanu rozwoju w jednej sferze. Mądrość może być wartością integrującą osobowość, inicjującą działania rozwojowe, doskonalące człowieka.

W ostatnim najwyższym poziomie rozwoju, jak już wcześniej wspomniano, E.H. Erikson upatruje możliwości osiągnięcia potencjału, jakim jest mądrość. Tworzy się ona w wyniku egzystencjalnych napięć między rozpaczą i integralnością. Ta pierwsza wyraża niespełnienie, beznadzieję życia, natomiast integralność z życiem to akceptowanie go takim, jak zostało przeżyte i z bliską perspektywą własnej skończoności.

W leksykonie gerontologii społecznej odnaleźć można definicję mądrości życiowej, którą A.A. Zych formułuje następująco:

> [...] zdolność do wydawania trafnych sądów na temat ważnych, lecz niejasnych i trudnych problemów życiowych oraz umiejętność ich rozwiązywania na podstawie wiedzy życiowej i doświadczenia, a także refleksyjny dystans do życia i pogodna afirmacja własnego losu [...] (2010, s. 92).

Mądrością obdarzony jest więc wnikliwy obserwator życia, który z dystansem potrafi ocenić skomplikowane sytuacje życiowe, jednocześnie wspomagając potrzebujących adekwatnym do sytuacji rozwiązaniem. Druga jego cecha to afirmacja własnego losu, pogoda ducha, zaakceptowanie życia z jego troskami. I w tym miejscu z pewnością dołączyłby się do takiego postrzegania

mądrości wspominany niejednokrotnie pionier terapii egzystencjalnej I.D. Yalom, dla którego oznacza ona pełną świadomość śmierci. Związek śmierci z mądrością jest bardzo bliski. Z jednej strony doświadczanie śmierci innych, a także konfrontowanie się ze śmiertelnością własną, drugiego człowieka czy ludzi w ogóle kształtują człowieka, zbliżając go do mądrości, a z drugiej strony wyraża się ona w postawach wobec szeroko pojmowanej skończoności.

Mądrość życiowa jest kategorią analizowaną głównie przez dwa ośrodki badawcze – w Stanach Zjednoczonych i w Niemczech. Na podstawie doniesień Roberta J. Stranberga można stworzyć listę społecznych przekonań odnoszących się do ludzi mądrych:

- Wyjątkowa ogólna i specyficzna wiedza na temat ludzkiej egzystencji, możliwości i warunków życia, a także zdolność uczenia się na własnych błędach.
- Zdolność właściwej oceny sytuacji i udzielania porad. Osoba mądra wie, kiedy udzielać rady, a kiedy powstrzymać się od jej udzielania. Jawi się także jako osoba, do której można zwrócić się o poradę w ważnych sprawach życiowych.
- Wiedza dotycząca kontekstu życia – możliwości zmiany priorytetów życiowych w trakcie życia, a także możliwość istnienia konfliktów między różnymi, trudnymi do pogodzenia strefami życia.
- Świadomość istnienia różnych wartości, celów i priorytetów życiowych.
- Wyzbycie się złudzeń dotyczących możliwości kontroli wszystkich zdarzeń życiowych oraz pełnego kierowania własnym życiem.
- Wyjątkowa osobowość i funkcjonowanie społeczne (za: Steuden 2011, s. 115).

P. Baltes natomiast wyróżnia pięć kryteriów, które musi spełniać wiedza, by była utożsamiana z mądrością:

- Musi być wiedzą deklaratywną na temat warunków ludzkiego życia.
- Musi być wiedzą proceduralną dotyczącą różnych strategii myślenia i wynajdywania różnych możliwości rozwiązywania spraw

życiowych.
- Musi być wiedzą o biegu życia ludzkiego w różnych kontekstach dotyczących ludzi w różnym wieku i w różnych dziedzinach życia ludzkiego (rodzina, praca, czas wolny itd.).
- Musi być relatywna, czyli człowiek musi zdawać sobie sprawę, że oceny wartości i celów życiowych zależą od wieku, od różnic indywidualnych i kulturowych.
- Człowiek musi mieć świadomość, że wiedza dotycząca sposobów życia nie zawsze jest pewna, gdyż nie wszystkie sytuacje w życiu są przewidywalne i często musimy działać w warunkach niedoboru wiedzy, gdy jesteśmy niedoinformowani (za: Łój 2004, s. 186).

Dalej można też wyróżnić komponenty mądrości w koncepcji P. Baltesa, nie tylko zaczerpnięte z systemów filozoficznych, lecz także wsparte diagnozą oczekiwań współczesnej kultury (por. Oleś 2011). Badacz ten stwierdza, że mądrość rozpoznać jest niezwykle łatwo, natomiast jej osiągnięcie wymaga już znacznego wysiłku i nie jest proste. Nie jest to pojedyncza cecha, lecz zestaw właściwości psychicznych, wiedzy, wyjątkowości umysłu i cnoty. Podsumowując, osoba mądra posiada nadzwyczajną wiedzę i potrafi ją wykorzystać do dokonywania właściwych osądów i poradnictwa, by wspierać rozwój zarówno społeczny, jak i indywidualny człowieka. Mądry człowiek służy ludziom swoją wnikliwą analizą, potrafi spojrzeć na problem z różnych perspektyw i przewiduje konsekwencje decyzji. Mądrość łączy się z równowagą i umiarkowaniem, przydaje się w najtrudniejszych sytuacjach życiowych. Jednocześnie mądra osoba ma świadomość ograniczeń i niepewności świata.

Mądrość ma charakter pragmatyczny, pozwala podejmować odpowiednie strategie radzenia sobie z problemami, przyczynia się do podniesienia poziomu życia, warunkuje jakość życia jednostki i społeczności.

> Człowiek starzejący się posiada zwykle taką mądrość, którą czerpie z ubiegłych doświadczeń, z rozwiązywania dylematów rozwojowych, czyli zadań, które postawiło przed nim życie. Chętnie, bez zbytnich nalegań, dzieli się tą mądrością z młodymi ludźmi, udziela im rad i właśnie od mentalności społecznej zależy, czy ten potencjał człowieka starzejącego

się zostanie wykorzystany. Dzięki mądrości rekompensuje deficyty, które wykazują jego funkcje psychiczne i fizyczne. Mądrość, jako kategoria umysłu, zawiera bowiem takie cechy, jak: intuicyjność, doświadczenie, introspekcja, empatia, zrozumienie, cierpliwość i delikatność. Dzięki niej pojawia się w okresie starości zdolność do autorefleksji i oceny własnego życia. Stanowi to podstawę rozwiązania zadania rozwojowego, jakim jest dostosowanie się do problemów starości. Rozwiązanie tego zadania stanowi kryterium dalszego rozwoju jednostki w okresie starości (Łój 2004, s. 186–187).

Można zatem podsumować, że:

Mądrość pełni funkcję integrującą, skupia się na całości i „ważeniu" poszczególnych części, jej istotą jest równowaga między różnymi wewnętrznymi systemami funkcjonowania, a także między osobą a jej otoczeniem (Steuden 2012, s. 117).

3.6. Przygotowanie do śmierci

Śmierć jest dla człowieka zjawiskiem nieuniknionym, a zarazem stanowi wielką niewiadomą. Dla jednego będzie przejściem do „innego świata", dla drugiego unicestwieniem – końcem wszystkiego. Nikt z żyjących nigdy nie zgłębi tego zjawiska, stąd rodzi się obawa przed nim. Lęk śmiertelny od zawsze towarzyszył człowiekowi, tak jak sama śmierć. Podejście do niej w różnych kulturach przybierało i przybiera różne formy. W kulturze Zachodu nie ma modelu „śmierci oswojonej", zgodnie z którym ludzie umierają w domach, w otoczeniu najbliższych, pogodzeni z tym faktem, gdzie śmierć pojmowana jest jako naturalne przejście do lepszego świata. Model współczesny niesie za sobą niepokój, lęk i wypiera świadomość śmierci. Dziś coraz więcej ludzi chciałoby umrzeć jak najszybciej, bez bólu, bez świadomości – najlepiej ze znieczuleniem, we śnie, nagle.

Z listów do Joyce C. Oates po śmierci jej męża:

„Tak, to fizyczny i emocjonalny test na przetrwanie. Porozmawiamy o tym jeszcze, kiedy usiądziemy twarzą w twarz. Tymczasem moja jedyna rada dla Ciebie jest taka, że powinnaś spać tyle, ile się da, i jeść, kiedy i jeśli tylko możesz. Smutek wyczerpuje i domaga się krzepy olimpijczyka. Choćby tylko w tym czasie, kiedy nie możesz ani pisać, ani jeść. Jak mi Cię żal, że musisz przez to przechodzić. Moje serce jest razem z Tobą, w Twoim cichym kącie".

BARBARA ASCHER
„Cierp, Joyce. Ray był tego wart".
GAIL GODWIN
(Oates 2011, s. 123)

Fenomen śmierci, szczególnie bliski refleksyjnym osobom starszym, jest jednocześnie w kulturach wielu społeczeństw Zachodu ciągle tematem tabu. Unikanie i powierzchowne traktowanie tej problematyki zubaża potencjał człowieka w przygotowaniu się na własną starość i w końcu na własną śmierć.

> Niech nam się nie wydaje, że świadomość śmierci jest zbyt bolesna, żeby ją znosić, że to myślenie nas niszczy, że musimy zaprzeczyć przemijaniu, inaczej prawda spowoduje, że życie będzie pozbawione sensu. Takie zaprzeczanie zawsze wymusza zapłacenie określonej ceny: zubaża nasze życie wewnętrzne, mąci nasze widzenie, stępia naszą zdolność racjonalnego myślenia. A przecież samooszukiwanie w końcu i tak wyjdzie na jaw (Yalom 2008a, s. 234).

Doświadczanie śmierci innych kształtuje człowieka, służy budowaniu struktury aksjologicznej jednostki, koryguje postawy, pomaga zrozumieć innych, akceptować własne życie. Refleksja nad śmiercią innych pomaga także w przeżywaniu straty, żałoby, przygotowuje do śmierci najbliższych i konfrontacji z własną skończonością.

W 1969 roku w Stanach Zjednoczonych Elisabeth Kübler-Ross wydała książkę *Rozmowy o śmierci i umieraniu* (wydania polskie 1979 i 1998) – kamień milowy w ówczesnej psychotanatologii i

psychoonkologii. W książce w formie poruszających rozmów – seminariów terminalnie chorzy dzielili się swoimi refleksjami na temat cierpienia, przemijania, potrzeb i oczekiwań. Wydanie książki było zwieńczeniem badań autorki rozpoczętych w 1965 roku, a ich publikacja w konsekwencji przełamała barierę milczenia wobec problemów śmierci, cierpienia, umierania i pomocy osobom odchodzącym. Dzieło to zapoczątkowało dyskusje o umieraniu i śmierci oraz dało asumpt do rozważań nad pomocą umierającym i ich rodzinom.

W celu pełniejszego zrozumienia istoty umierania badaczka ta dokonała podziału procesu umierania na fazy, na podstawie wieloletnich obserwacji tego zjawiska. Choć są głosy krytyczne odnośnie do koncepcji przedstawionych przez E. Kübler-Ross (por. Ostrowska 2005), to nie ulega wątpliwości, że dzięki tej humanistycznej idei opieki nad chorym zainicjowany został w świecie nauki dyskurs nad tą tematyką, co w konsekwencji doprowadziło do znacznego postępu w badaniach nad procesem umierania oraz wsparcia umierających i ich najbliższych. Podobnie praktyka medyczna otworzyła się na dotychczas zaniedbany obszar wsparcia osób w fazie terminalnej.

Tabela 6. Etapy umierania według E. Kübler-Ross

Etapy umierania	Opis postaw pacjentów
Etap I Zaprzeczanie	Pacjent stara się znaleźć wytłumaczenie, które podważy wiarygodność informacji o nieuleczalnej chorobie; szuka ucieczki w izolacji, wmawia sobie, że nie może to dotyczyć właśnie jego; podporządkuje swoją postawę do osoby, z którą nawiązuje kontakt, udając dobre samopoczucie przed tymi, którzy nie pogodzili się z jego stanem, i otwierając się na tych, którzy akceptują jego stan
Etap II Gniew	Pacjentem targa gniew, wściekłość i rozżalenie; ofiarami gniewu są przypadkowe osoby, w szczególności personel medyczny; rodzinę i bliskich traktuje obojętnie, bez radości; jest rozdrażniony i prowokuje konflikty; stwarza trudności opiekunom
Etap III Targowanie się	Pacjent próbuje targować się z Bogiem, za przedłużenie życia oferuje zmianę postawy, np. poświęcenie się Kościołowi; próbuje odroczyć wyrok
Etap IV Depresja	Długotrwała choroba wiąże się ze stratą: siły, urody, możliwości samoobsługi itp., to powoduje depresję; stan ten pogłębia świadomość coraz bliższej śmierci, którą po zaprzeczaniu, gniewie i targowaniu się trzeba w końcu zaakceptować; pacjent koncentruje się na tym, co będzie, a nie na tym, co było
Etap V Pogodzenie się	Pacjent nie okazuje już zazdrości wobec żyjących i zdrowych; godzi się ze swoim losem, boleje nad utratą najbliższych; zastanawia się nad zbliżającą się śmiercią ze spokojnym oczekiwaniem, pragnie obecności tylko najbliższych; spotkania często ograniczają się do milczenia; pacjentowi potrzebna jest świadomość obecności drugiego człowieka

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kübler-Ross 1998.

Mimo że śmierć jest zwieńczeniem życia, dotyka absolutnie wszystkich i jest nieunikniona, to proces umierania w wielu kulturach nie jest integralną częścią życia. Jednak to właśnie umieranie, jak uważa E. Kübler-Ross (2008), może być ostatnim etapem rozwojowym, bez względu na to, czy człowiek umiera jako osoba stara, młoda czy dziecko. Świadomość nieuchronności starzenia się i perspektywa śmierci charakteryzują z reguły starość, choć samo zjawisko refleksji nad przemijaniem, starzeniem się i w końcu umieraniem obecne jest wcześniej. Z wiekiem pojawia się coraz częściej, w miarę zbliżania się do własnej śmierci. Nie wynika to wyłącznie z samego faktu dochodzenia do kresu życia, niewątpliwie także doświadczenie życiowe, biografia, przeżywanie strat czy uczestnictwo w cierpieniu i umieraniu bliskich sprawiają, że perspektywa własnej

śmierci staje się bliższa i bardziej świadoma. Natomiast zamykanie kolejnych etapów życia dorosłego człowieka skłania do bilansowania swojego życia. Rachunek tego bilansu istotnie determinuje przygotowanie się do opuszczenia doczesnego świata.

Cechą starości jest potrzeba głębokiej konfrontacji z troskami egzystencjalnymi (Fabiś 2013a; 2015). Jedną z nich jest śmierć. Innych i własna. Przez oswajanie własnej śmierci człowiek podnosi jakość swojego życia. W całożyciowym przygotowywaniu się do starości istotną rolę pełni proces przygotowania się także do śmierci. Przygotowanie do starości to długotrwały proces godzenia się z nieuchronnością śmierci, to jej akceptacja oraz starania o godne przeżycie ostatniego etapu często bardzo intensywnego rozwoju. Jest to gromadzenie doświadczeń życiowych, wiedzy, kreowanie postaw, które pozwolą, by ze świadomością śmierci w pełni żyć życiem doczesnym i wykraczać ponad to, co ludzkie, i by samo umieranie stało się etapem rozwojowym.

Nie wszyscy są przekonani o sensowności przygotowania się na własną śmierć. Vladimir Jankélévitch nie widzi potrzeby uczenia się umierania:

> Nie sposób nauczyć się umierania. Sama śmierć nie jest żadną sztuką. Po pierwsze jest to coś, co robimy tylko raz w życiu, a ten pierwszy raz jest też, z definicji, ostatni. Nie jest to jakiś egzamin, do którego można by podchodzić kilkakrotnie, coraz lepiej przygotowanym. [...] Dlatego też, jak pokazuje doświadczenie, ci, którzy najsumienniej się przygotowywali, okazują się najbardziej bezradni w chwili ostatniej, a ci, którzy nigdy nie zaprzątali sobie tym głowy, radzą sobie znacznie lepiej (2005, s. 30–31).

Przygotowanie się do śmierci E. Kübler-Ross uzasadnia jednak następująco:

> Umierać jest zawsze ciężko i zawsze tak będzie, nawet jeśli nauczyliśmy się akceptować śmierć jako integralną część naszego życia, ponieważ umieranie oznacza porzucenie życia na tej ziemi. Jednak możemy również nauczyć się postrzegać śmierć z zupełnie innej perspektywy, wprowadzić ją ponownie do naszego życia nie jako przerażającego obcego, lecz jako oczekiwanego towarzysza, a wtedy będziemy również

mogli nauczyć się, jak przeżyć nasze życie z sensem – z pełnym zrozumieniem naszej śmiertelności, ograniczoności naszego czasu tutaj [...] (2008, s. 34–35).

„Po latach towarzyszenia osobom przeżywającym swe ostatnie chwile nie wiem wcale więcej o śmierci, ale moja ufność wobec życia jedynie wzrosła. To, co jest mi dane przeżyć, zarówno radości, jak troski, również te małe codzienne rzeczy, tak oczywiste jak oddychanie czy chodzenie, przeżywam bardziej intensywnie, z bardziej wyostrzoną świadomością. Być może poczucie, że nie zawsze ze mną będą, sprawiło, że stałam się bardziej uważna wobec tych, którzy mnie otaczają, chętniejsza do odkrywania ich osobowości i przyczyniania się, na ile potrafię, do tego, by każdemu z nich udało się zrealizować swoje powołanie. Tak więc po latach spędzonych u boku osób nazywanych »umierającymi«, które przecież żyją do samego końca, czuje się bardziej żywa niż kiedykolwiek. Zawdzięczam to tym, którym, jak mi się zdaje, towarzyszyłam, lecz którzy w pokorze płynącej z cierpienia okazali się moimi przewodnikami. […] Ci, którzy zbliżają się do śmierci, odkrywają niekiedy, że doświadczenie tego, co poza światem, dane im jest w samym doświadczeniu życia, tu i teraz. Czyż życie nie prowadzi nas od jednego »poza« do drugiego, poza nas samych, poza nasze pewności, osądy, poza nasze egoizmy, poza pozory? Czyż nie skłania nas ono do bezustannego stawiania hipotez i ich kwestionowania, do bezustannego przekraczania samego siebie?”.

(Hennezel 1998, s. 10–11)

We współczesnej cywilizacji Zachodu trudno jest oswoić się ze śmiercią, gdyż coraz rzadziej się z nią obcuje. Bliscy umierają z dala od domu, od rodziny. Tematyka śmierci i umierania jest pomijana, a jeśli już jest podejmowana, to w dużej mierze trywializowana. Dopóki śmierć ma charakter odległy, wirtualny, nie

podchodzi się do tego zjawiska poważnie. Gdy problem cierpienia i umierania nieoczekiwanie pojawi się w rodzinie, w szkole, w innych środowiskach, często dominuje chaos, brak odpowiednich doświadczeń, wiedzy czy kompetencji.

> Są różne modele podejścia do kategorii śmierci wobec dzieci. Pierwszy z nich zakłada izolację najmłodszych od tematyki umierania, ignorancję wobec tematyki tanatologicznej, przerzucenie odpowiedzialności za podejmowanie „tych tematów" na inne, często bliżej nieokreślone środowiska. Dziecko, nie widząc możliwości podjęcia kwestii śmierci w najbliższym środowisku, poszukuje samodzielnie wiedzy i uzupełnia ją w oparciu o najbardziej dostępne, przez nikogo nie weryfikowane źródła. Inną szczególną postawą rodziców wobec tematyki śmierci jest zaprzeczanie rzeczywistości, okłamywanie w imię dobra dziecka, jego ochrony. By zbyt wcześnie nie wzbudzać refleksji o śmiertelności i nie doprowadzić do nerwicy. Wydaje się, że najbardziej odpowiedni jest pogląd, iż dziecku w każdym etapie rozwojowym należy pozwolić na konfrontacje z każdym tematem, dbając o rzetelny, uczciwy przekaz, dostosowany do indywidualnego rozwoju dziecka. Ciekawość dziecka w naturalny sposób i w odpowiednim czasie skieruje rozmowę na określone tematy poprzez zadawane pytania. Dla rodzica, nauczyciela, wychowawcy jest to jasny sygnał, że dziecko potrzebuje konfrontacji z danym zagadnieniem. Problemy natury ekonomicznej, społecznej, duchowej, czy jakiekolwiek inne, są powszechnymi zjawiskami w rodzinie. Dziecko powinno uczestniczyć w rozwiązywaniu tych problemów, powinno odczuwać względne skutki problemów i nauczyć się żyć w sytuacjach kryzysowych. Podobnie jest z problematyką cierpienia, umierania, śmierci. Odsuwanie dziecka, młodzieży, dorosłego człowieka od bliskiego chorego, umierającego zubaża jedynie tę osobę o doświadczenia, które w naturalny sposób przynosi życie i do których będzie można w przyszłości się odwołać. Oczywistym jest fakt, że takie doświadczenia są wyjątkowo trudne i wymagają rozsądnego podejścia z uwzględnieniem wielu aspektów sytuacji kryzysowych – uwarunkowań środowiskowych, a przede wszystkim z uwzględnieniem indywidualnych cech, wrażliwości, temperamentu zaangażowanych osób (Fabiś 2011a, s. 136–137).

Śmierć jest wpisana w życie każdej osoby. Jest także zjawiskiem społecznym, staje się coraz bardziej zinstytucjonalizowana, mniej intymna. Dla wielu ludzi różnych generacji możliwości poznania cierpienia ludzkiego i samej śmierci

dostarcza ruch hospicyjny zapoczątkowany przez Cicely Saunders (por. Falkowski, Lewandowska-Tarasiuk, Sienkiewicz 2004). Jego celem jest niesienie pomocy, opieki, wsparcia osobom umierającym i ich rodzinom. Chorzy obejmowani są holistyczną opieką domową bądź stacjonarną przez wykwalifikowany i niewykwalifikowany personel medyczny i niemedyczny, którego celem jest towarzyszenie w ostatnich dniach życia choremu oraz jego rodzinie i w ten sposób podnoszenie jakości ich życia. Poza uśmierzaniem fizycznego bólu i opieką pielęgniarską, czym zajmuje się profesjonalny personel medyczny, kluczową rolę pełnią w łagodzeniu bólu psychicznego, wsparciu duchowym. Metodami pracy są rozmowa, słuchanie, dotyk, a czasami wyłącznie przebywanie w jednym pomieszczeniu. Personel niewykwalifikowany tworzy trzon wsparcia dla chorych i ich rodzin. Nieoceniona jest rola duchownego, psychologa, a nade wszystko wolontariusza.

Hospicjum to instytucja, w której chorzy i ich rodziny są przygotowywani do śmierci. Jest miejscem ostatnich chwil życia terminalnie chorych osób. Nawet najlepiej przygotowany personel medyczny nie jest w stanie sprostać wszystkim (w szczególności pozamedycznym) potrzebom cierpiących i umierających oraz ich rodzin. Dlatego też z wielu względów hospicja są specyficznym miejscem dla działalności wolontaryjnej, niedającym się porównać z innymi. Przede wszystkim w odróżnieniu od innych miejsc trudno jest w hospicjum znaleźć radość z codziennej pracy, obcując z cierpieniem, śmiercią, żałobą, smutkiem, osieroceniem. Nie oznacza to oczywiście, że tej radości nie da się odczuć, bo rozmowa z osobą chorą może być satysfakcjonująca i wesoła, wspólna zabawa z dzieckiem osieroconym może być pełna radości, sadzenie żonkili podczas akcji „Pola Nadziei" także może być pogodne. Niemniej radość ta ciągle będzie się przeplatała z najbardziej poważnymi, transcendentnymi refleksjami oraz z trudną rzeczywistością naznaczoną osamotnieniem, żałobą, lękiem, smutkiem, bezradnością. Specyfika pracy w hospicjum związana jest także z ogromną odpowiedzialnością hospicjantów, w szczególności pracujących bezpośrednio z chorym. Z pewnością

praca wolontaryjna na rzecz chorych i starszych ludzi to działania zapobiegające osamotnieniu pacjenta – tzw. samotności w tłumie. Dla wolontariuszy pracujących bezpośrednio z chorym odpowiedzialność wynika z ich krótkiego, ale bardzo emocjonalnego i ciągłego związku z chorym i jego rodziną. W kontaktach z chorym wyjątkowo dużego znaczenia nabiera doświadczenie życiowe. Jest ono pomocne przy prowadzeniu rozmów, w pracach pielęgnacyjnych, w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych. Konieczne do pracy w hospicjum są cierpliwość, spokój, odporność na stresy, dyspozycyjność i wiele innych cech, postaw, umiejętności, kompetencji i uwarunkowań. Jak wynika z analizy ankiet skierowanych do pracowników (medycznych i niemedycznych) hospicjów (Fabiś, Kędziora 2008), najważniejszymi cechami wolontariusza są odpowiedzialność, uprzejmość, sumienność i obowiązkowość. Wśród umiejętności istotne okazują się komunikowanie się (aktywne słuchanie, mówienie, odczytywanie i nadawanie komunikatów chory – wolontariusz i wolontariusz – chory) oraz sztuka zagospodarowania czasu wolnego (chodzi głównie o osieroconych). Nie ulega wątpliwości, że właśnie osoba przewlekle chora, stara, umierająca szczególnie potrzebuje troski, opieki, życzliwości od bliskich, którymi mogą być także wolontariusze. Ale przebywanie z osobami starymi, cierpiącymi, doświadczającymi choroby, bliskimi śmierci jest równocześnie formą przygotowania się do kresu własnego życia.

4. Życie duchowe i świat wartości seniorów

4.1. Aksjologiczny wymiar rozwoju człowieka w późnej dorosłości

Wartość jest tym, czego chcemy, do czego dążymy, czego pożądamy, to cel naszych działań (Chudy 2008). Wartością jest coś cennego lub coś, co nadaje cenności czemuś. Prosta typologia wartości wyróżnia cztery ich rodzaje:

- Wartości gospodarcze, techniczne, typu: reforma gospodarcza czy program badań kosmicznych.
- Wartości przyjemnościowe, do których należy np. sztuka komercyjna, rozrywka, seks traktowany w pewnym nastawieniu.
- Wartości obyczajowe, dotyczące m.in. życia codziennego w danej kulturze.
- Wartości witalne – to te, które podtrzymują procesy życiowe w człowieku, np. zaspokojenie pragnienia czy kąpiel (Chudy 2008, s. 20).

Autor przedstawia także inną typologię, wskazując na wartości: estetyczne, poznawcze, moralne, religijne. Podkreśla, że są wartości zbiorcze, tak ważne w naszych rozważaniach wartości egzystencjalne, „na które składa się na przykład odczuwanie własnej kruchości istnienia lub świadomość śmierci" (Chudy 2008, s. 21), a wybór jednej z nich pociąga za sobą kolejne. Człowiek w biegu życia modyfikuje swoją świadomą hierarchię wartości pod wpływem czynników zewnętrznych – środowiska, na które także jednocześnie oddziałuje.

Antoni Kępiński pisze o dwóch hierarchiach wartości w człowieku: realnej – jaki człowiek jest i idealnej – jakim chciałby

się widzieć. Realna hierarchia wartości działa silniej od idealnej. Badacz ten uzasadnia:

> Oceniając samego siebie, człowiek widzi przede wszystkim idealną hierarchię wartości, ta jest bowiem świadoma i tym samym dostępna introspekcji, natomiast często nie dostrzega swojej realnej hierarchii wartości, gdyż ta uplasowana jest po większej części poniżej progu świadomości, a tym samym introspekcji niedostępna. Natomiast obserwując zachowanie się drugiego człowieka, widzimy przede wszystkim to, co on rzeczywiście wybiera, a nie to, co chciałby wybrać, tj. jego realną hierarchię wartości (2013, s. 22).

I tak można wytłumaczyć rozbieżności między tym, jak ktoś widzi siebie, a tym, jak jest postrzegany.

„Wartości wyprzedzają praktykę życia, poprzez wskazywanie celów i możliwych kierunków rozwoju ludzkiego »bycia i stawania się«" (Popielski 2008, s. 6). Na każdym etapie rozwojowym człowieka dorosłego wartości stanowić będą kluczowy punkt odniesienia do realizacji podejmowanych zadań rozwojowych. Cały system wartości budowany przez lata i stale aktualizowany zostaje w starości poddany kolejnym modyfikacjom. A.A. Zych dostrzega siedem zespołów czynników, które stają się wyznacznikami wartości w późnej dorosłości:

- polityka społeczna wobec ludzi w podeszłym wieku i związana z nią pozycja człowieka starego w społeczeństwie;
- model i/lub styl życia, zarówno postulowany, jak i realizowany, a także różnice kulturowe między koncepcjami życia w różnych krajach i pomiędzy subkulturami ludzi starych;
- postawy społeczeństwa wobec osób starzejących się i starych, jak również stereotypowe wyobrażenia dotyczące człowieka starego i starości;
- indywidualne możliwości jednostki i szanse realizacji określonych wartości przez ludzi w podeszłym wieku;
- doświadczenia życiowe, przebieg dotychczasowej kariery zawodowej i społecznej, indywidualny los oraz jednostkowa biografia, w której zakodowane zostały wcześniejsze wybory i orientacje aksjologiczne ludzi starych;

- stopień zaspokojenia potrzeb człowieka w podeszłym wieku, jego aktualne i perspektywiczne pragnienia, dążenia, oczekiwania, cele i zadania życiowe; oraz
- uwarunkowania demograficzne, np. wiek, płeć, które wpływają na zmiany osobowości człowieka, a z kolei wybrane elementy struktury osobowości na orientację aksjologiczną jednostki (1999, s. 78–79).

Człowiek, zdążając do osiągnięcia swojej „osobowej natury", doświadczyć musi dwóch reorientacji. Pierwsza z nich uwarunkowana jest obudzeniem swego rodzaju świadomości, wyzwoleniem. Człowiek porzuca wtedy egzystencję pełną automatycznego nieświadomego funkcjonowania na rzecz w pełni świadomego, refleksyjnego, osobowego istnienia. Drugą reorientacją jest porzucenie koncentracji na samym sobie, na tym, co ziemskie, ludzkie, i rozpoczęcie poszukiwań rzeczywistości nadrzędnej, absolutu, sensu. Dla Viktora E. Frankla jest to „osiąganie Boga":

> O ile egzystuję, egzystuję duchowo i moralnie, egzystuję w celu osiągnięcia sensu i wartości; egzystując w takim celu, zmierzam ku osiągnięciu czegoś, co mnie oczywiście w wartości przewyższa, co ma istotnie większe znaczenie niż mój własny byt – innymi słowy: egzystuję w celu, który już nie może być czymś, ale musi być kimś, osobą mnie przewyższającą, przewyższającą wszystko. Jednymsłowem, o ile egzystuję, egzystuję zawsze w celu osiągnięcia Boga (1971, s. 111).

Tomasz Ożóg stwierdza:

> Okres starości niesie za sobą potrzebę rekonstrukcji i swoistej rewitalizacji hierarchii wartości. Dotyczy ona nie tylko struktury wartości, ale także ich treści i obecności w życiu. Podstawowe „zadanie aksjologiczne" to przywrócenie prymatu wartościom duchowym i religijnym, przy zachowaniu, w zrekonstruowanej hierarchii, atrakcyjności wartości witalnych, społecznych i hedonistycznych (2006, s. 80–81).

W ostatnich stadiach rozwoju człowiek dokonuje rewizji swoich wartości, jak czynił to do tej pory, przechodząc kolejne fazy rozwojowe. Dotychczasowe wartości, wyznaczające cele działań, okazują się nieadekwatne do aktualnych potrzeb, proporcje poszczególnych grup wartości zmieniają się, a ewolucja kategorii aksjologicznych, jako naturalny proces, wyraźnie przybiera kierunek od „mieć" do „być". Starzy ludzie muszą jednak patrzeć w przyszłość i stale realizować nowe zadania, gdyż

> [...] ludzie, którzy mają krótką perspektywę czasową i nie tworzący planów realizacji celów długich, jednocześnie odznaczają się niskim dążeniem do wartości (nie są ukierunkowani na pogłębianie własnego życia duchowego, odnajdywanie sensu istnienia), są mało samodzielni, nie są nastawieni na samodoskonalenie, mają też małą satysfakcję z życia, odznaczają się raczej małą introspektywnością i są raczej pesymistami (Timoszyk-Tomczak, Bugajska 2012, s. 214).

Człowiek, konfrontując się z wyzwaniami starości, podejmuje działania na podstawie istniejącego już systemu z jednoczesnym jego ciągłym przekształcaniem, możliwością doświadczania nowych, wcześniej nieznanych wartości. T. Ożóg określa starość przez pryzmat wartości jako czas dynamiczny, żywy i intensywny:

> Dynamika aksjologiczna tego okresu, na którą składa się w pierwszym rzędzie świadoma aktywność aksjologiczna osoby, nadaje charakter, określa przebieg tej fazy, w znaczącym, jak się wydaje, stopniu wpływa na jej „sukces" bądź „niepowodzenie" (2004, s. 62).

Autor dodaje, że wartości wyznaczają horyzont rozwoju, wpływają na jego przebieg, wykorzystanie szans i realizację zadań rozwojowych.

A.A. Zych, analizując swoje dotychczasowe badania dotyczące wartości, w znacznej mierze potwierdza wcześniejsze wyniki badań i układ wartości wśród seniorów. Autor podaje następującą ich kolejność: zdrowie, uczciwość, praca, spokój, życzliwość, miłość, rodzina (1999). Interpretując swoje badania nad systemami wartości w wielu krajach, potwierdza, że uniwersalną wartością najwyższą jest zdrowie, a związane jest to z

pogarszającym się jego stanem, a także pożądaniem tej wartości, którą osiąga się dużym wysiłkiem, a tak jest w przypadku dążeń związanych ze zdrowiem. Kolejne wartości związane są z potrzebami psychicznymi osób zbliżających się do kresu swego życia – spokój, zgoda, rodzina i szczęście rodzinne, przyjaźń, miłość i przywiązanie oraz życzliwość i dobro (Zych 1999).

W badaniach nad tożsamością ludzi starych B. Bugajska zanalizowała strukturę wartości najstarszych szczecinian. Wśród wartości najbardziej preferowanych znalazły się – bez względu na płeć – zdrowie i rodzina. Na dalszych miejscach uplasowały się: mieszkanie i pieniądze. Kolejne miejsca były już zróżnicowane w zależności od płci – mężczyźni wskazywali na wolność, natomiast kobiety na przyjaźń (2012).

Za podsumowanie niech posłuży konkluzja A.A. Zycha, który stwierdza, że

> [...] istnieje pewien styl wartościowania, który można uznać za styl subkultury odchodzącej generacji, a który charakteryzuje zdecydowana preferencja wartości życiowych (zdrowie, życie i radość życia, a także rodzina i szczęście rodzinne), religijnych oraz niektórych wartości duchowych (przyjaźń, miłość i przywiązanie), społecznych (pracowitość i praca, spokój i zgoda), przy pragmatycznym odniesieniu się do wartości materialnych i dość zdecydowanym nieaprobowaniu wartości estetycznych i prestiżowych (wpływ polityczny, kariera i sukces zawodowy oraz pozycja społeczna), które w ogóle nie wystąpiły w analizowanych systemach wartości (1999, s. 87).

4.2. Duchowość

Starość jest okresem rozwojowym o specyficznych uwarunkowaniach. Jak zauważa T. Ożóg, to właśnie wtedy dochodzi do integracji dwu sfer poznawczych: logiczno-rozumowej i intuicyjno-emocjonalnej.

> Ich zespolenie daje człowiekowi większe możliwości wglądu w istotę rzeczywistości, całościowego uchwycenia jej najgłębszego sensu, nowego rozumienia własnego życia, jego kresu i „życia po życiu" (2004, s. 65).

Proces ten związany jest z łączeniem myśli i uczuć, świadomości i nieświadomości, kontroli wewnętrznej i zewnętrznej, przekonań i działań. Jednak to, co najważniejsze, nazwać można poznaniem transcendentnym. I jak wyjaśnia dalej T. Ożóg:

> Podstawą tego typu poznania jest tzw. superabstrakcja, charakterystyczna dla postformalnego stadium myślenia, która wyraża się w przekraczaniu schematów poznania, wykraczaniu poza stereotypy, paradygmaty, systemy i osobiste zaangażowanie. Psychologia nazywa to zjawisko stanem świadomości poszerzonej, transpersonalnej czy też transcendentalnej (2004, s. 65).

Z punktu widzenia psychologii religii stan ten określany jest mianem kontemplacji.

> Duchowość to pewna właściwość umysłowa. Przez jednych uznawana jako nadnaturalna, przez innych jako naturalna. Duchowość jako kategoria egzystencjalna rozumiana jest jako zdolność ludzka o charakterze poznawczym, społecznym i emocjonalnym, ale wywodząca się z wewnątrz człowieka (Fabiś 2015, s. 15).

Duchowość kojarzona jest z aktywnością religijną, jednak nie można odmówić rozwoju duchowego tym, którzy swojego

światopoglądu, z różnych względów, nie opierają na żadnym z systemów religijnych. Wtedy rolę religii pełni ustalony system wartości świeckich. V.E. Frankl duchowe zaangażowanie określa mianem „wymiaru noologicznego" i tłumaczy:

> [...] człowiek wchodzi w wymiar noologiczny, ilekroć poddaje się refleksji na swój temat lub, jeśli zachodzi taka potrzeba, kiedy odrzuca samego siebie, czyni z siebie obiekt lub kwestionuje sam siebie, okazuje, że posiada świadomość samego siebie albo że ma sumienie (2010, s. 30).

Dla V.E. Frankla istotne jest, by człowieka traktować holistycznie z jego sferą fizyczną, psychiczną i duchową. Ma to swoje przełożenie na wizję rozwoju człowieka, która zakłada zmiany we wszystkich aspektach życia, włącznie z wymiarem noologicznym. Dla tego badacza duchowość jest jedną z trzech cech natury ludzkiej, w dodatku najistotniejszą, a ujawnia się przez samoświadomość, którą poprzedza i warunkuje duchowa nieświadomość. Pozostałe cechy to wolność i odpowiedzialność.

Potrzeby fizyczne, w przeciwieństwie do tych duchowych, w prosty sposób uzewnętrzniają się, by zainicjować działania mające na celu ich zaspokojenie. Zdiagnozowanie potrzeb duchowych jest niezwykle trudne. Nieujawnionych nie można zaspokoić. Wiele z nich jest odkrywanych przez samodiagnozę podczas medytacji, modlitwy czy przy wsparciu innych – np. w procesie terapeutycznym (por. Yalom 2015). W. Jäger wyjaśnia trudności z diagnozowaniem i uzasadnia ignorowanie głębszych potrzeb:

> Człowiek, który jest głodny, szuka czegoś do jedzenia. Wie, że jeśli nie zaspokoi tej podstawowej potrzeby, zachoruje. Jeśli nie będzie czuł głodu, nie będzie szukał jedzenia. Jeśli nie będzie nic jadł, umrze. Często nie zauważamy tego, że jesteśmy duchowo niedożywieni, i dlatego nie mamy ani odporności, ani sił do życia (2012, s. 27).

Głęboka duchowość człowieka stwarza możliwości poszukiwania sensu życia, nadając mu jakość w perspektywie osobistej, jak również społecznej. R.D. Hill (2009) w swojej koncepcji pozytywnego starzenia się podkreśla wagę „pozytywnej

duchowości" (Crowther *et al*., za: Hill 2009), przyjmując, że nie tylko jest ona kompleksowym systemem wierzeń z kluczowymi jej doktrynami oraz oczekiwanymi praktykami, lecz także

> [...] koncentruje się na wewnętrznej motywacji do samodoskonalenia (lub zwiększania dobrostanu innych ludzi) jako sposobu zwiększania własnej wartości w chwili obecnej i w przyszłości w ramach procesów osobistych i społecznych, mających na celu szerzenie dobra na świecie (Hill 2009, s. 227).

Pozytywna duchowość jest więc nierozerwalnie związana z sensem życia. Ten zaś wynika ze światopoglądu, jest zatem odzwierciedleniem przyjętych doktryn religijnych czy celem poszukiwań duchowych niezwiązanych z religią. Kluczowymi kategoriami prowadzącymi do pozytywnej duchowości i odnajdywania sensu życia są: zdolność wybaczania, altruizm i wdzięczność. Celem wybaczania jest uzdrowienie duchowe i emocjonalne.

Człowiek rozwija się, będąc członkiem społeczności. Środowisko przez stworzenie odpowiednich uwarunkowań może znacznie przyczynić się do rozwoju każdego rodzaju, w tym duchowego. W starości kształcenie się jest zadaniem najczęściej motywowanym wewnętrznie, ale wsparcie zewnętrzne również w dużym stopniu może się przyczynić do aktywizacji edukacyjnej, a przez to do rozwoju osobowego, dążenia do pełni człowieka, realizacji najgłębszych potrzeb. Uczenie się w starości z pewnością należy do praktyk wspierających duchowe otwarcie.

Starość, a w zasadzie pewien jej aspekt, który może stać się integralną częścią starości – dojrzałość – pozwala na konfrontowanie się z pytaniami o Boga, sens istnienia czy o potrzebę cierpienia i życia w ogóle, ale jednocześnie ułatwia zrozumienie życia tu i teraz oraz innych, by wychodzić poza to, co ludzkie. Pozwala w końcu z perspektywy przeżytego czasu spojrzeć w przyszłość. Analizując swoje badania, Celina Timoszyk-Tomczak i Beata Bugajska dochodzą do wniosku, że „nastawienie transcendentalne", czyli związane ze śmiercią i tym, co następuje

po niej, może zarówno inspirować do działań, jak i wzmagać lęk. Istotną konkluzją jest też to, że

> [...] perspektywa przyszłościowa w starości związana jest z sytuacją życiową, kondycją psychofizyczną, doświadczeniami osobistymi, wiedzą osobistą o świecie, sobie i innych ludziach, a także z kulturą i religią, w której się wychowujemy. Niewątpliwie kształt i rozpiętość przyszłościowej perspektywy czasowej ludzi starych zależy od wielu zmiennych związanych z wewnętrznym i zewnętrznym kontekstem ich życia [...] (2012, s. 248).

Przyszłość w sytuacji własnej skończoności jest bardzo niepewna, jest wręcz niewiadomą, którą stary człowiek chciałby poznać, oswoić, zrozumieć. Takiego trudu może dokonać jedynie człowiek mądry, dojrzały, doświadczony.

Duchowość człowieka można prosto określić jako poszukiwanie nadrzędnego celu życia, istoty życia, sensu istnienia. Religijność może, ale nie musi być przejawem duchowości. Polskie społeczeństwo, jak większość europejskich, ulega stopniowej laicyzacji, wśród seniorów także odnotowuje się znaczny, jak na polską specyfikę, odsetek osób, dla których życie religijne nie ma znaczenia bądź jest ono znikome.

4.3. Wiara i religijność

Każda religia musi się zmierzyć z tajemnicą śmierci.

> Wiara w Boga zasługuje na miano religii dopiero wtedy, gdy towarzyszy jej zbiór wyobrażeń na temat tego, co następuje po życiu doczesnym, przeświadczenie o istnieniu porządku nadnaturalnego, eschatologia... Religia, która nie roztaczałaby wizji życia pośmiertnego, nie byłaby prawdziwą religią (Jankélévitch 2005, s. 37).

Wiara jest wartością, którą z wielkim zaangażowaniem dzielą się osoby starsze. Pragną one wyposażyć swoich bliskich w taką wiarę, jaką sami posiadają, do jakiej dojrzeli, którą zdobywali i pielęgnowali przez całe życie.

Ludziom religijnym w takim samym stopniu jak niereligijnym towarzyszy myśl o śmierci, intensywność ich odczuć jest jednakowa, ale ci pierwsi widzą sens w śmierci. Według nich nie jest ona końcem, lecz zmianą. Religia pomaga ukierunkować emocje na obszary zagospodarowane przez nią, wspiera odnalezienie sensu życia poprzez śmierć. Życie po śmierci jest nagrodą i jest realne, tak jak to na ziemi. Z drugiej strony osobę religijną może też napawać lękiem myśl o tym, jak zostanie osądzona. Równie niepokojąca jak ateistyczna wizja wiecznej nicości jest perspektywa wiecznego potępienia.

Dla ludzi wierzących istotne jest, by angażować się w życie religijne tu i teraz, by religijność nie była wyłącznie wspomnieniem lat bliższych Bogu ani też perspektywą przyszłego z nim zbliżenia.

> Brak zdolności do autentycznego przeżywania własnego życia oraz religijności z zagubioną perspektywą czasową prowadzą do zakłamanej perspektywy śmierci. Stąd religijność zaktualizowana, z Bogiem przeżywanym aktualnie „teraz", jest w stanie pełnić pozytywne funkcje w osobowości człowieka. Można by pokusić się o następującą metaforę: nie tylko teologicznie, ale i psychologicznie człowiek odważniej idzie

> przez życie nie z Bogiem dzieciństwa i wspomnień. Nie z Tym, którego się nieustannie spodziewa, ale z Tym, który jest (Jarosz 2005, s. 246).

Potęgą religii jest nie tylko pociecha wobec własnej śmierci, lecz także łagodzenie bólu po stracie bliskiej osoby. W takiej chwili ateista jest bezsilny, nie ma pocieszenia w postaci idei lepszego bytowania ukochanej osoby. Prawdziwe życie – jedno i jedyne – przestało istnieć i trzeba zaakceptować ten fakt, nie szukając nigdzie pociechy. Tak uzasadnia tę kwestię ateista André Comte-Sponville:

> Gdy stracimy ukochaną osobę, religia daje nam nie tylko pocieszenie, lecz także niezbędny rytuał, ceremonię, nawet wolną od przepychu, jakby ostatnią uprzejmość w obliczu śmierci drugiej osoby, pomagającą stawić jej czoło, przyjąć ją (zarówno z psychicznego, jak i społecznego punktu widzenia), zaakceptować, skoro musiało do niej dojść, a w każdym razie ją przeżyć. Czuwanie przy zmarłym, mowa pogrzebowa, śpiewy, modlitwy, symbole, zachowania, rytuały, sakramenty... To bez wątpienia potrzebny sposób na oswojenie doznanej potworności, uczynienie jej bardziej ludzką, ucywilizowanie jej (2011, s. 24–25).

Religia pomaga odpowiedzieć na pytania, te najgłębsze i najtrudniejsze, zrozumieć fenomeny ludzkie, które empirycznie nie dają się wytłumaczyć, których akceptacja wydaje się nie do przyjęcia i – co więcej – których interpretacja wyposaża w wartości o kapitalnym znaczeniu, konstytuujące życie poszczególnych osób i całych zbiorowości. Susan H. McFadden i Jeffrey S. Levin wymieniają szereg cech wpływających na funkcjonowanie człowieka w starości, które także w kontekście przygotowania do śmierci pełnią znaczącą rolę:

- Religijne zaangażowanie związane jest z niskim poziomem uzależnienia od palenia, picia i używania narkotyków.
- Społeczne wsparcie jest wzmacniane, poszerzane poprzez religijne spotkania, grupy religijne, co nie oznacza, że inne grupy wsparcia są mniej efektywne.
- Kult, wymiana myśli i modlitwa mogą rodzić pozytywne doświadczenia emocjonalne: odprężenie, nadzieję, przebaczenie, poczucie siły, oczyszczenie, miłość.

- Udział religii w przywracaniu zdrowia i pozytywnym oddziaływaniu na nie.
- Wiara religijna wiąże się z optymizmem, który sprzyja dobrostanowi fizycznemu i emocjonalnemu (za: Steuden 2012, s. 210).

Religia jest zdaniem L. Dyczewskiego ważnym elementem kształtowania się postaw wobec starości własnej i innych,

> [...] pomaga pełniej wykorzystać wartości już nagromadzone i odkrywać nowe, zaakceptować utratę sił witalnych, znosić dolegliwości i cierpienie, głębiej i twórczo przeżywać stan samotności i przeżywać osamotnienie, znaleźć sens własnego życia i życia w ogóle, zaakceptować śmierć i widzieć w niej swoistą wartość, budzi i utrwala postawę życiowego optymizmu, wzmacnia poczucie własnej wartości i godności, zapewnia osobową trwałość (1994, s. 104).

Choć zwrócenie się ku praktykom religijnym w starości wydaje się dosyć powszechne i zrozumiałe, to trudno mówić o jakimś schemacie rozwoju religijnego. Ludzie starzy będą utwierdzać swój światopogląd albo go dopiero poszukiwać, a być może także całkowicie zmieniać. Z pewnością ma to związek z szukaniem odpowiedzi na pytania ostateczne o śmierć i związane z nią dylematy. Można też, przyjmując za punkt odniesienia tzw. zakład Pascala, spojrzeć na religię wyłącznie pragmatycznie. Użytkowo-praktyczne podejście sprowadzałoby się do założenia, że warto wierzyć w Boga – niewiele można stracić, natomiast w konfrontacji ze śmiercią zyskać można potężny oręż. Jak zauważa A.A. Zych, gdy przyjmie się hipotezę, że zachowania ludzkie nacechowane są wyrachowaniem, wynikającym z walki o przetrwanie, to i działania sfery duchowej mogą być motywowane potencjalnymi własnymi korzyściami.

> [...] Można przypuszczać, że sfera *sacrum* spełnia w jego życiu niezmiernie ważną rolę instrumentu przystosowania społecznego oraz pogodzenia się z niekorzystnym bilansem życiowym, poszerza przestrzeń życiową i usuwa lęk przed nadchodzącą śmiercią (2012a, s. 161–162).

Wiara jest narzędziem radzenia sobie ze świadomością śmierci przez całe życie. Przekonanie o nieśmiertelności, które w jakiejś formie zapewnia każda religia, redukuje skutecznie lęk przed skończonością (Fabiś 2011b). Szczególnie istotne jest zaangażowanie religijne, gdy śmierć rozpoznawana jest jako własna, a nie tylko innych. Kluczowe dylematy ludzkiej egzystencji można wtedy łatwo zamienić w cudowne marzenia o nieśmiertelności, niewymagające wysiłku myślowego, głębszej refleksji, a jedynie mechanicznego oddania się czynnościom zgodnym z reprezentowanym światopoglądem. Jednak prawdziwa, głęboka wiara odrzuca instrumentalne jej traktowanie. Co więcej, od wiernych oczekuje się prawdziwego zaangażowania duchowego oraz stałego pogłębiania wiary. Bóg staje się wtedy bliższy, jest bezpośrednim powiernikiem trosk, a pogłębiona refleksyjność wyposaża w odwagę do bezpośredniego, własnego poszukiwania dróg zrozumienia absolutu. Jak zauważa P.K. Oleś, dojrzałość religijna przybierać może dwie skrajne formy.

> Choć obie postaci religijności mogą sugerować odmienne sposoby myślenia i różne kryteria wartościowania, zasadnicze podobieństwo polega na tym, że odniesienie do *sacrum* pełni w życiu znaczącą rolę. Co więcej, nie ma pewności, czy w zakresie spraw pozareligijnych różnice są rzeczywiście znaczące (2011, s. 173).

Pierwsza z nich wyraża się w umacnianiu wybranych i praktykowanych postaw religijnych, a ich intensywność i częstotliwość wzmaga się. Osoby o religijności dogmatycznej podporządkowują się duchowieństwu, bezdyskusyjnie, pokornie i bezkrytycznie przyjmują jego interpretacje. W dodatku cechuje je niechęć, a nawet agresja wobec ludzi o innym światopoglądzie. Bronią one zaciekle deklarowanych wartości, choć nie zawsze zgodnie z nimi postępują. Druga forma religijności – poszukująca – charakteryzuje się przejęciem odpowiedzialności za własną dojrzałość religijną. Jest twórcza, działa nieschematycznie, szczególną jej cechą jest refleksyjność. Ludziom poszukującym bliżej jest bezpośrednio do samego Boga. Wzorce religijne

przyjmują z dystansem i rozwagą, próbują odnaleźć własną drogę do *sacrum*, starają się być autentyczni w swojej duchowości.

W końcu na życie religijne można spojrzeć z perspektywy potrzeby przynależności, jak na mechanizm ucieczki od osamotnienia. Aktywne życie religijne związane jest z uczestnictwem w określonym środowisku, czasem bardzo hermetycznym i homogenicznym. Pozwala to zarówno na zaspokajanie potrzeby afiliacji, jak i skoncentrowanie się na działaniach uznanych w danej grupie oraz użytecznych z perspektywy własnej i otoczenia. Głęboka więź z Bogiem czy z duchownym zastępuje też relacje międzyludzkie, kompensuje brak kontaktów i więzi rodzinnych. Bóg czy duchowny stają się wtedy powiernikami, towarzyszami życia, najbliższymi istotami, godnymi najgłębszego zaufania, zapewniającymi bezpieczeństwo.

> „Ludzie boją się umierać, bo odczuwają lęk przed nieznanym. Ale właśnie, co to jest nieznane? Proponuję ci, Oskarze, żebyś się nie bał, żebyś był ufny. Spójrz na twarz Pana Boga na krzyżu: znosi cierpienie fizyczne, ale nie cierpi duchowo, bo ufa. I nawet gwoździe już mu tak nie doskwierają. Powtarza sobie: boli mnie, ale nie ma w tym nic złego. To są korzyści, które przynosi wiara. I to właśnie chciałam ci pokazać". Ale na refleksję zasługuje nie mniej odpowiedź chłopca: „O.K., ciociu Różo, jak będę miał pietra, zmuszę się, żeby wierzyć".
>
> (Schmitt 2010, s. 48)

Wiara w starości nabiera szczególnego znaczenia w obliczu skończoności ziemskiego istnienia. Ludziom wierzącym łatwiej umierać. Praktyka religijna nakłada pewne ramy działania, przykazuje, napomina. Każdy, kto chce postępować zgodnie z wartościami przyjętymi przez daną religię, musi liczyć się z wieloma ograniczeniami, pewne pokusy musi odrzucić, a pewne niedające się wytłumaczyć nakazy przyjąć pokornie. Zaangażowanie w życie religijne wymaga czasu, w dodatku

intelektualne podniety wynikające z prawd wiary obciążają trudną refleksją, są w końcu ograniczenia, nakazy i moralne dyrektywy. Jednak nagroda jest wyjątkowa – życie wieczne, które czeka na wierzącego po śmierci. Jest więc ona oczekiwaniem na lepsze, choć zawsze budzić będzie niepokój. Być człowiekiem wierzącym i głęboko religijnym nie jest więc łatwe, ale w zamian za trudy życia doczesnego religia wynagradza życiem wiecznym. Lepszym niż tym na ziemi. Bo czym z perspektywy każdej religii jest śmierć? Drogą do lepszego życia. Życie z wiarą może być trudne, za to z pewnością łatwiej jest umierać z perspektywą dalszego lepszego istnienia, niż ze świadomością, że śmierć to ostateczny koniec, nicość, niebyt. Można jednak założyć, że i z tymi dylematami można sobie dać radę, rozwijając w sobie duchowość ateistyczną.

Intensyfikacja religijności wraz z wiekiem, a nawet odnajdywanie się w życiu religijnym na starość wydają się uzasadnione. Głównymi ich czynnikami będą nie tylko dojrzałość duchowa, lecz także z pewnością sama możliwość zaangażowania się religijnego, jakiej wcześniej się nie doświadczyło (czas wolny, wolność od istotnych obowiązków, ograniczenia natury społecznej itp.). Odwołując się do rozróżnienia funkcji religii A.A. Zycha (por. 2012a), można założyć, że w starości koncentrują się one wokół:

- kompensacji ludzkiej słabości i bezsilności, pomagając przetrwać trudy starości (cierpienie, śmierć bliskich, utrata sił itp.);
- tworzenia własnego światopoglądu, wspomagając rozumienie świata, Boga;
- integracji, wspomagając system wartości, zapobiegając konfliktom wewnętrznym, wywołanym troskami egzystencjalnymi;
- regulacji zachowań osób wierzących, szczególnie tych wspomagających przeżywanie trudów starości (np. obrzędów pogrzebowych, modlitwy);
- wspomagania egzystencji, pogłębiając życie duchowe człowieka, które stanowi atrybut dojrzałości na ostatnim etapie rozwojowym;

- terapii, szczególnie wobec problemów egzystencjalnych wzbudzonych lękiem przed śmiercią, izolacją egzystencjalną, bezsensem życia;
- kompensacji utraconych/brakujących więzi, relacji rodzinnych oraz przeciwdziałania osamotnieniu.

„Miałam pogrzeb babci. Zakład pogrzebowy twierdził, że przygotują »godny pogrzeb«. Na cmentarzu zobaczyliśmy mnóstwo obcych ludzi, byliśmy zaskoczeni, że babcia miała tylu znajomych. Ktoś spytał: »Państwo też na pogrzeb Květušy«. »Nie – padła odpowiedź – na pogrzeb Arnoštki«. Okazało się, że to pogrzeb zbiorowy, to znaczy są cztery rodziny zamiast naszej jednej i cztery urny. Rodziny nie znały się nawzajem, siłą rzeczy żałobnicy się wymieszali. Głupio było się wycofać, zwłaszcza że trochę z Pragi do tego miasteczka się jedzie, upał był nie do wytrzymania i nikt z nas nie miałby siły drugi raz tam wracać. Zawartość urn wsypywali do dołków wsypowych w towarzystwie muzyki z takiego okropnego przenośnego magnetofonu na baterie z początku lat dziewięćdziesiątych. W Czechach mówiło się na nie grzechotki, bo one zawsze tak rzęziły. Na koniec oratorka powiedziała: »Nasi zmarli zostaną w naszych sercach, dziękuję za godny przebieg pogrzebu, a gdyby potrzebowali państwo zaświadczeń o uczestnictwie w pogrzebie dla pracodawców…« I to wszystko powiedziała w jednym zdaniu!”.

(Szczygieł 2010, s. 260–261)

Marek Jarosz, który zanalizował pojęcie duchowości z perspektywy psychologicznej, nie zostawia wątpliwości, że choć początkowo, tj. w ostatnich dwóch dekadach poprzedniego wieku, duchowość w zasadzie nie była odróżniana od religijności, to ostatnie prace psychologiczne przeciwstawiają sobie oba pojęcia.

Na ogół postrzegano te dwa pojęcia jako odrębne i ustawiano je w opozycji do siebie. O ile religijność była kojarzona z jakąś tradycyjną

> formą wyrazu, praktykami grupowymi i odniesieniem do instytucji religijnych, które nie zawsze przekładały się na funkcjonalne znaczenie, o tyle duchowość była przedstawiana jako poszukiwanie uniwersalnej prawdy lub forma przekonań, które odnoszą jednostkę do świata, nadają znaczenie oraz definiują ludzką egzystencję (2010, s. 13).

Jednak rozróżnienie duchowości i religijności jest zadaniem złożonym (por. Jarosz 2010). Bardzo upraszczając na potrzeby tego opracowania, można powiedzieć, że duchowość (ateistyczna) rozumiana będzie jako poszukiwanie absolutu bez instytucjonalnych form, które może się zdarzyć w nietradycyjnym kontekście, bardzo zindywidualizowanym i bez Boga osobowego.

Skoro śmierci nie można zbadać, bo nauka nie odnajduje odpowiedzi na pytanie o to, czym ona jest, trzeba odwołać się do innych źródeł, by zgłębić jej tajemnicę. Filozofowie od lat próbują tworzyć systemy, których jeśli nie głównym, to znaczącym elementem jest pojęcie śmierci. Największe umysły od wieków starają się rozwikłać jej zagadkę – wydaje się, że bez rezultatu. Idee Epikura, Barucha Spinozy, Jeana-Paula Sartre'a, Sorena A. Kierkegaarda, Martina Heideggera, Blaise'a Pascala, Friedricha Nietzschego i innych myślicieli, choć starają się wskazać, jak żyć ze świadomością śmierci, to nie dają jednoznacznych, przyjętych za jedynie słuszne odpowiedzi na pytanie o to, czym ona jest.

Pozostaje zatem przyjąć jakiś system, światopogląd za najbliższy prawdy i według niego żyć, a także dzięki niemu zmierzyć się ze świadomością śmierci. Idea wiecznych powrotów F. Nietzschego czy sofizmat Epikura, że jeśli jesteśmy my, to śmierci nie ma, a jeśli jest śmierć, to nas nie ma, mogą stanowić źródło inspiracji do radzenia sobie ze świadomością śmiertelności. Pewnie nie dają jakiegoś konkretnego zakorzenienia, ale stanowić mogą punkt odniesienia, zresztą jak każda ideologia, koncepcja filozoficzna.

A. Comte-Sponville, szukając ateistycznej duchowości, podejmuje próbę jej definiowania i proponuje następującą terminologię:

> Gdy dziś mówimy o duchowości, to najczęściej po to, żeby wskazać – w sumie całkiem ograniczoną, chociaż może i otwartą na to, co nieograniczone – część naszego wewnętrznego życia, tę, która ma związek z absolutem, nieskończonością i wiecznością. To jakby wyższy szczyt ducha, wyznaczający jego największą amplitudę (2011, s. 144).

Religijność jest jedną z form duchowości, gdy absolut utożsamiany jest z Bogiem. Każda religia wymaga rozwoju duchowego, choć nie każda duchowość musi przybierać postać religijności. Można nie być religijnym, ale też nie zaprzeczać temu, co absolutne. Natura wtedy staje się całą rzeczywistością.

---

1 Zasoby kulturowe (*Kultur-* czy *kulturelle Ressourcen*) rozumiane są tutaj jako wszelkiego rodzaju dobra cywilizacyjne i społeczne.

Rozdział II

Codzienność życia w starości

1. Jakość życia i satysfakcja życiowa w starości

Życie ludzkie staje się coraz dłuższe, co jest znaczącą wartością i zdobyczą cywilizacyjną, jednak poza długością najistotniejsze znaczenie ma jakość życia – zarówno dla każdego człowieka w jego subiektywnym odczuciu, jak i dla całych grup i społeczeństw, będąca wyznacznikiem poziomu cywilizacji całego kraju.

Działania zmierzające do podnoszenia jakości życia poszczególnych grup społecznych podejmowane są przez zorganizowane struktury i służby państwowe, ale też przyświecają staraniom każdego obywatela na drodze jego indywidualnego rozwoju oraz codziennego funkcjonowania. Nie inaczej jest w przypadku osób starszych – jakość starości ma kluczowe znaczenie również w procesie osiągania satysfakcji życiowej i bilansowania własnego życia.

1.1. Określenie jakości życia

Jakość życia w starości określana jest przez poziom zaspokajania poszczególnych potrzeb seniora, wśród których istotne znaczenie zyskują takie determinanty funkcjonowania, jak:

zdrowie (poziom sprawności psychofizycznej), kontakty społeczne i uczestnictwo w życiu (możliwość pracy i działalności społecznej, realizacji ról), posiadanie rodziny i relacje z nią (poziom samotności i osamotnienia), możliwości realizacji własnego planu (samorządność), autonomia, możliwości autokreacji i rozwoju (rozwój zainteresowań, pasje, edukacja).

Wśród wskaźników jakości życia Z. Szarota (2010, s. 78) podkreśla znaczenie zdarzeń krytycznych w ciągu życia oraz respektowanie praw przynależnych jednostce.

W gerontologicznym ujęciu jakości życia wśród czynników znaczenie zyskują: poziom systemowego zabezpieczenia zdrowotnego i socjalnego, wsparcie emocjonalne, ogólny standard życia oraz pozycja człowieka w społeczeństwie.

Beata Tobiasz-Adamczyk (2009, s. 69–77) opisuje trzy kategorie wskaźników jakości życia w starości, są nimi:

- sprawność funkcjonalna – stopień sprawności psychofizycznej;
- stan psychologiczny – dobrostan, radość życia, satysfakcja, optymizm, wiara w przyszłość;
- zakres interakcji społecznych – posiadanie rodziny, przyjaciół, satysfakcja z kontaktów społecznych i uczestnictwa w życiu społecznym.

Wielu gerontologów zwraca uwagę na znaczenie przygotowania do starości oraz edukacji gerontologicznej jako niezbędnych składników profilaktyki starzenia się, a zarazem zwiększenia szans na pomyślną starość. Prekursorem wychowania do starości był A. Kamiński (1980, s. 369–370), który w swojej koncepcji pedagogiki czasu wolnego zwracał uwagę na specyficzne problemy starości, wśród których są osamotnienie, „rozangażowanie się" uczuciowe i społeczne, zanik zainteresowań, izolacja i alienowanie się, śmierć społeczna i duchowa. Zapobieganie powyższym sytuacjom wiąże się z koniecznością przygotowania na tego rodzaju problemy – kryzysy, co umożliwiają edukacja i wcześniejsze działania zmierzające do utrzymania aktywności w różnych jej obszarach,

rozwijanie zainteresowań i hobby, działalność społeczna na różnych szczeblach.

Edukacja na możliwie wczesnym etapie rozwoju człowieka powinna zatem w dużej mierze kłaść nacisk na rozwój zainteresowań, umiejętność planowania i gospodarowania czasem wolnym, kształtowanie sprawności fizycznej i umysłowej, edukację zdrowotną, społeczną i artystyczną.

Także Z. Szarota (2010, s. 141) podkreśla znaczenie profilaktyki na drodze wypracowywania optymalnej jakości życia w fazie starości. Wśród obszarów edukacyjnych, którym należy poświęcić uwagę, wymienia:

- biologiczny – dbałość o higienę, zdrowie i odżywianie, szczepienia ochronne, aktywność fizyczna, rekreacja;
- psychiczny – samopoznanie, zdrowy egoizm, pozytywne myślenie, zrozumienie i zaakceptowanie starości;
- intelektualny – pielęgnowanie zainteresowań, aktywność poznawcza, twórcze podejście do codzienności;
- społeczny – niestereotypowe podejście do rzeczywistości, aktywność społeczna, utrzymywanie pozytywnych relacji z najbliższymi, podejmowanie nowych ról społecznych;
- ekonomiczny – gromadzenie oszczędności, racjonalne prowadzenie gospodarstwa domowego, zapewnienie sobie godnych warunków egzystencji.

Tego rodzaju podejście zasadne jest w kontekście ujmowania procesu starzenia się w trzech wymiarach: starzenia się zwyczajnego, pomyślnego oraz patologicznego. Pomyślnemu starzeniu się przypisuje się wymiar pozytywny, bez wyraźnych deficytów, z przewagą postaw afirmujących życie (por. Kędziora-Kornatowska, Muszalik, Kornatowski 2010, s. 16).

1.2. Pomyślne starzenie się

W określaniu jakości życia oraz pomyślnego starzenia się nauka posługuje się bardzo podobnymi determinantami i kryteriami.

Pomyślne starzenie się jest koncepcją normatywną, związaną z opisywanym i badanym zjawiskiem jakości życia, opierającą się na teoriach aktywności, ciągłości oraz wycofania, co budzi pewne zastrzeżenia badaczy (Halicki 2010, s. 21–43). Niemniej centralne znaczenie zarówno dla jakości życia, jak i pomyślnego starzenia się mają te same czynniki, które odnajdujemy w wymienionych teoriach gerontologicznych: zaangażowanie społeczne, aktywność umysłowa, produktywność, zdrowie i zadowolenie z życia (Bee, Boyd 2008, s. 562). One też stanowią zmienne, którymi posługujemy się w opisywaniu zdrowia, sprawności psychicznej oraz fizycznej człowieka starszego. Całość określić możemy kategorią funkcjonowania społecznego. Stąd coraz popularniejsze jest traktowanie pomyślnego starzenia się jako zjawiska opisywanego przez wartościowanie tej właśnie kategorii.

J. Halicki (2010, s. 23) zwraca też uwagę na inną koncepcję pomyślnego starzenia się oraz jakości życia, której głównym czynnikiem jest odczuwana satysfakcja życiowa (zadowolenie z życia). Badacze (Roos, Havens 1991; Fisher 1995, za: Halicki 2010, s. 23) traktują ją predykcyjnie, jako zwiastun pomyślnego starzenia się, a zatem wolno nam przyjąć, że satysfakcja życiowa stanowi jego komponent. Oznacza to, że jej odczuwanie powinno wystąpić przed subiektywnie odczuwanym wejściem w fazę starości, by móc oceniać starzenie się w kategoriach pomyślnie przebiegającego procesu. Ze względu na normatywne powiązanie obu zjawisk wolno nam przyjąć, że satysfakcja życiowa stanowi element pomyślnego starzenia się, bardzo istotny, lecz jeden z wielu.

Pomyślne starzenie się jest także charakteryzowane przez J. Halickiego (2010, s. 24) jako ogólnie pojmowane dobre

samopoczucie, będące wynikiem odczuwania satysfakcji życiowej, lub odwrotnie – pomyślne starzenie się jest źródłem satysfakcji oraz ogólnego dobrego samopoczucia. Takie ujmowanie zależności między satysfakcją życiową a pomyślnym starzeniem się wskazuje na wzajemne ich warunkowanie: satysfakcja jest warunkiem *sine qua non* pomyślnego starzenia się, a pomyślność tego procesu uzależniona jest od afirmowania życia w fazie starości i odczuwania zadowolenia z niego.

Potoczne rozumienie pomyślnego starzenia się zaprezentowane przez J. Halickiego (2010, s. 26) jest istotne z punktu widzenia realności oceny i wagi poszczególnych czynników, ponieważ opiera się na kryteriach wskazanych przez samych seniorów.

J. Halicki (2010) na podstawie doświadczeń empirycznych różnych badaczy przywołuje kryteria odczuwania pomyślnego starzenia się w sensie potocznym. Są nimi: zdrowie fizyczne i funkcjonowanie, sprawność psychiczna i poznawcza, psychiczne samopoczucie i satysfakcja życiowa, relacje społeczne, wsparcie, aktywność i produktywność, zasoby psychiczne, rozwój osobisty, poczucie celu, samoakceptacja, radzenie sobie, poczucie humoru, styl życia, otoczenie sąsiedzkie, warunki i zabezpieczenie finansowe. Wydaje się, że pomyślne starzenie się w potocznym postrzeganiu częściej jest definiowane przez samych seniorów na podstawie procesu adaptacji i kryteriów psychospołecznych niż jego biologiczno-fizycznego wymiaru.

Koncepcja pomyślnego starzenia się oparta jest na definiowaniu szczęścia jako uniwersalnego celu dążeń człowieka oraz silnej potrzeby na wszystkich etapach życia. Za szczęśliwego człowieka natomiast Martin E.P. Seligman (2000, s. 415–422) uznaje takiego, który potrafi przeżywać pozytywne emocje, jest zaangażowany w aktywność oraz odnajduje w swoim życiu znaczenie. Ponieważ szczęście jest pojęciem mało precyzyjnym, określony został termin dobrostan, na który składają się pozytywnie określone emocje, relacje i osiągnięcia oraz znaczenie, jakie odnajdujemy w życiu (Diener, Lucas, Oishi 2002, s. 63).

Nieco inną koncepcję dobrostanu sformułowała Carol D. Ryff i oparła ją na: życiowym celu, panowaniu nad otoczeniem,

pozytywnych relacjach z innymi, autonomii, rozwoju osobistym i samoocenie (za: Brzezińska, Wilowska 2010, s. 46).

Cel życiowy bywa zaburzony lub staje się niejasny w momencie przejścia na emeryturę, co związane jest ze zmianą ról społecznych oferowanych osobom w okresie późnej dorosłości. Istotny zatem w określaniu celu życiowego jest społeczny wymiar starości.

Rola emeryta częstokroć dominuje nad innymi, umieszcza seniorów na marginesie życia społecznego. Aktywność uznana została bowiem za bardzo istotną dla rozwoju, co obserwowane jest zwłaszcza w sytuacji jej zaniechania – osoby bierne częściej tracą sprawność, skupiają się na swoich deficytach zamiast na zasobach, nie realizują w pełni zadań rozwojowych.

Panowanie nad otoczeniem jest składnikiem dobrostanu, który kształtować można przez aktywizację, odwagę w działaniu i współdziałaniu, uczestnictwo w grupie, podejmowanie aktywności na rzecz realizacji własnych potrzeb, zapobiegając w ten sposób tworzeniu i wzmacnianiu stereotypu biernej i bezsilnej starości. Współdecydowanie, funkcjonowanie na zasadach równorzędnego partnera w środowisku rodzinnym i społecznym (sąsiedzkim, wspólnotowym, organizacyjnym) mogą dawać poczucie panowania nad otoczeniem i być źródłem pozytywnego nastawienia do życia w starości.

Pozytywne relacje z innymi to możliwość uzyskania wsparcia, pomocy, zapobieganie izolacji i samotności, zachęta do nowej/innej aktywności. Znajomi, rodzina stanowią ważną grupę odniesienia, kształtowania lub reintegracji tożsamości, bywają często podstawowym środowiskiem aktywności emeryta, umożliwiają autokreację i pełnienie ról społecznych przynoszących satysfakcję. Szczególnie wsparcie i motywowanie seniorów do aktywności powodują, że relacje z innymi mogą nabierać istotnego znaczenia, także w odniesieniu do adaptacji do starości/emerytury oraz odnajdywania sensu codziennej egzystencji.

Autonomia przez seniorów może być rozumiana jako wolność, brak obowiązków zawodowych, możliwość dysponowania czasem wolnym według potrzeb oraz zmniejszenie obciążenia obowiązkami rodzinnymi. W wymiarze psychicznym polega ona na możliwości i zdolności decydowania o sobie – zarówno w zakresie podstawowych czynności, jak i podejmowania decyzji, realizowania potrzeb, umiejętności sprzeciwiania się oczekiwaniom innych czy presji płynącej z zewnątrz. Jakkolwiek ważna jest autonomia psychiczna, to nie bez znaczenia jest także autonomia fizyczna – sprawność, samodzielność i uniezależnienie się od pomocy innych osób lub instytucji. Obydwa wymiary autonomii mają jednakowe (kluczowe) znaczenie dla pozytywnego funkcjonowania w społeczeństwie.

Samorozwój, autokreacja, edukacja, poczucie podążania za rozwojem cywilizacyjnym i obyczajowym, realizacja własnych zainteresowań i poznawanie innych ludzi to ten zakres działań, który możliwy jest dzięki większej ilości czasu wolnego przy jednoczesnym odczuwaniu potrzeby rozwoju i poszukiwania oraz uznawaniu konieczności angażowania się i edukacji. Dobre zdrowie i bogata oferta skierowana do seniorów są, co zrozumiałe, sprawą ważną, lecz nie są warunkiem niezbędnym do realizowania samorozwoju.

Samoocena jest trudna do utrzymania na wysokim poziomie u osób starszych przy panującym i wciąż generowanym stereotypie starości. Podstawą samooceny w okresie późnej dorosłości mogą być własne doświadczenie, bogactwo przeżyć, pełnione funkcje zawodowe i prestiż oraz satysfakcja, jakie się z nimi wiązały. Nieustanna konfrontacja osób starszych z młodymi, która toczy się w społeczeństwie, może dawać przewagę tym pierwszym właśnie w wymiarze doświadczenia oraz satysfakcjonującego życia zawodowego i rodzinnego, gdyż te obszary bywają zubożone w przypadku osób dopiero je rozpoczynających. Ponadto spokój, wolność i brak stresów związanych z pracą mogą stanowić ważny

czynnik zadowolenia z samego siebie i obecnego życia, a jednocześnie stanowić przewagę nad młodszymi, którzy z pewnością górują nad seniorami pod względem sprawności i urody.

Wszystkie scharakteryzowane czynniki dobrostanu wskazują na zasoby człowieka uruchamiane w kontaktach z innymi, na aktywność jako kluczową dla rozwoju, na zdolności jednostki oraz na kompetencje osobiste i społeczne.

Czynniki te utożsamiane są również z pozytywnym starzeniem się, czyli postawą wobec własnej starości cechującą się afirmowaniem życia i akceptacją kolejnych jego faz. Zgodnie z teorią aktywności źródeł pozytywnej postawy wobec starości upatruje się głównie w podejmowanych i kontynuowanych w tej fazie aktywnościach oraz w kontaktach społecznych, co stanowi treść wspomnianej już profilaktyki gerontologicznej.

Wraz z teorią i badaniami na temat pozytywnej postawy wobec starzenia się podejmowane są próby określenia cech osobowości utrudniających ten proces. Do cech wykluczających zdrową adaptację zalicza się: sztywność, negatywność, martwienie się, egocentryzm i żal (Ellis 1987, za: Hill 2009, s. 153–175):

- Sztywność jest barierą uniemożliwiającą odrzucenie irracjonalnych przekonań na temat otaczającego świata i siebie samego, jest przeszkodą w modyfikowaniu poglądów oraz uniemożliwia zmianę postaw, akceptację przemian cywilizacyjnych, kulturowych, obyczajowych. Sprzyja kształtowaniu wąskiego światopoglądu, zamykaniu się w statycznych stanach mentalnych i behawioralnych, odporności na zmiany, braku akceptacji inności.
- Negatywność jest rodzajem podejścia do świata i życia polegającym na przekonaniu, że każde wydarzenie przynieść może wyłącznie negatywne skutki lub w konsekwencji do nich prowadzi. „Negatywność, zwana też pesymizmem, jest elementem wyćwiczonej stylistyki braku adaptacji, wzmacnianej przez dobrowolne koncentrowanie się na problemach, podczas gdy osłabianiu ulega zdolność do

zachowań afirmatywnych" (Hill 2009, s. 159). Cechuje się ogólną negatywną oceną własnej przeszłości, życia, dokonań.

- Martwienie się bywa formą przystosowania, jest rodzajem umysłowego zaangażowania, które może przybierać pozytywny wymiar, jednak przy nadmiernym koncentrowaniu się na zmartwieniach i problemach może dostarczać negatywnych konsekwencji, łącznie z afektem depresyjnym.
- Egocentryzm może przybierać różne postacie, lecz jego główną formą jest skupianie się na sobie kosztem innych ludzi. Eriksonowski model rozwoju zakłada przejście w wieku dojrzałym od egocentryzmu (charakterystycznego dla wczesnej fazy rozwoju) do kreatywności przez rozwiązanie konfliktu. Egocentryzm przeszkadza w otwartości na innych, co z kolei uniemożliwia doświadczanie pozytywnego starzenia się. Egocentryk bywa przekonany o własnej wyjątkowości i o tym, że jego potrzeby są najważniejsze, co może znacznie utrudniać współżycie społeczne oraz relacje między osobą starszą a jej opiekunem. Innym podłożem egocentryzmu może być stereotypowe przekonanie o niższej wartości starości względem innych faz życia, co powoduje użalanie się nad sobą i próby wymuszania lepszego traktowania w starości ze względu na (domniemane często) choroby i zmniejszającą się sprawność.
- Żal jest uczuciem negatywnym, który towarzyszy człowiekowi starszemu w związku z nagromadzonymi doświadczeniami i przeżyciami. Może negatywnie zniekształcać wiele przeżyć, co rzutuje znacząco na możliwość odczuwania satysfakcji z życia (z przeszłych i bieżących doświadczeń), ponieważ człowiek jest emocjonalnie uwięziony w jakimś punkcie w przeszłości. Żal może mieć tę zaletę, że nie popełni się ponownie tego samego błędu, który stał się jego przyczyną (nie zrobimy czegoś, czego już żałujemy).

Każdej z opisanych cech towarzyszą określone skłonności, które można niwelować i nad których ograniczaniem można pracować w procesie terapeutycznym. Terapie zmniejszające poszczególne

cechy u osób starszych są szansą na pomyślny przebieg adaptacji do fazy starości oraz na satysfakcjonującą ocenę własnego życia.

1.3. Satysfakcja życiowa

Pojęcie satysfakcji życiowej, które pojawia się przy rozpatrywaniu zjawiska pomyślnego starzenia się, jest znaczeniowo powiązane także z problematyką sensu życia oraz bilansu życiowego, które jako zjawiska typowo ludzkie nabierają znaczenia w fazie starości. Bez zaspokojenia potrzeby sensu życia człowiek nie może funkcjonować zadowalająco dla samego siebie (oraz otoczenia), co najczęściej powoduje, że jego działalność życiowa jest nieukierunkowana i oceniana przez niego negatywnie (Obuchowski 1983, s. 210). Ten sam autor charakteryzuje potrzebę sensu własnego życia jako konieczności wytyczenia sobie jasnego i możliwego do zaaprobowania przez siebie kierunku działania w celu uzasadnienia własnego bytu (Obuchowski 1983, s. 203).

Satysfakcja życiowa jest subiektywnym odczuciem określającym zadowolenie z własnych osiągnięć, postępowania, życia. W literaturze gerontologicznej termin ten nie jest jednoznacznie ujmowany, podobnie jak niejednolite są kryteria oceny satysfakcji życiowej. Małgorzata Halicka (2004, s. 15), analizując literaturę naukową na temat satysfakcji życiowej, odwołuje się do określeń bliskoznacznych, jakimi posługują się badacze, by ją opisać. Są nimi najczęściej: szczęście (*happiness*), dobre samopoczucie (*well-being*) oraz – opisywana już – jakość życia (*quality of life*).

M. Halicka i W. Pędich (2002, s. 219) posługują się definicją satysfakcji życiowej określanej jako pewien akt oceny tego, co ludzie mają, i tego, czego oczekiwali w ciągu całego życia. Jest to zbilansowana wartość, na którą składa się ocena życia wcześniejszego, obecnego oraz wszelkich życiowych dokonań.

Podobnie jak w przypadku oceny jakości życia, tak i w odniesieniu do satysfakcji życiowej kryteria wyznaczane są przez obiektywne warunki zewnętrzne – socjalne, ekonomiczne,

zdrowotne oraz subiektywne – psychiczne i emocjonalne. Niemniej także obiektywne czynniki, takie jak warunki ekonomiczne czy stan zdrowia, mają swój subiektywny wymiar. Nawet obiektywnie opisywany (diagnozowany) stan zdrowia oraz niski status ekonomiczny (i/lub socjalny) mogą być odczuwane jako wystarczające czy wręcz jako satysfakcjonujące w indywidualnym (subiektywnym) odbiorze. Taka postawa i opinia o własnej sytuacji mają znaczący wpływ na kształtowanie się pozytywnej oceny jakości życia i znak bilansu życiowego, gdyż obiektywne warunki podlegają subiektywnemu osądowi, a samo bilansowanie życia jest procesem o charakterze wyłącznie subiektywnym, gdyż jest wynikiem interpretacji indywidualnych doświadczeń, sytuacji, zdarzeń.

W przytaczanej już publikacji M. Halickiej i W. Pędicha (2002, s. 220–229) znalazły się wyniki polskich badań, z których wynika, że zdecydowana większość ludzi starych odczuwa satysfakcję ze swojego obecnego życia. Najwięcej jest zadowolonych w stopniu umiarkowanym, osoby w pełni zadowolone (jedna trzecia) dwukrotnie przeważają nad osobami niezadowolonymi. Stopień zadowolenia z życia jest różnicowany znacząco przez płeć – mężczyźni są częściej zadowoleni z życia niż kobiety. Według autorów czynnikami warunkującymi satysfakcję z obecnego życia są wykształcenie, samoocena stanu zdrowia, sytuacja materialna oraz dobre relacje z najbliższymi. Wraz ze wzrostem wartości tych czynników wzrasta zadowolenie z życia seniorów. Istotnym czynnikiem jest także odczuwane zjawisko osamotnienia i związana z nim izolacja społeczna, która w poważnym stopniu obniża poziom zadowolenia, podobnie jak pogarszający się stan zdrowia oraz gorsza sytuacja ekonomiczna. Do zadowolenia z życia przyczynia się ponadto właściwa postawa wobec konieczności przejścia na emeryturę oraz wiara w życie pozagrobowe.

Zadowolenie z życia bywa często łączone z zadowoleniem z pracy, ponieważ należy ona do najważniejszych elementów życia współczesnego człowieka i zajmuje jedno z pierwszych miejsc w

jego systemie wartości codziennych wraz z rodziną, sytuacją zdrowotną oraz ekonomiczną (Susułowska 1989, s. 312–322).

W odpowiedzi na tendencje do kojarzenia starości głównie z deficytami pojawia się w badaniach i refleksjach teoretycznych zagadnienie **starości pozytywnej**. Opiera się ono na modelach pomyślnego starzenia się i dobrej adaptacji do starości, w których podkreśla się kwestie zarówno dobrostanu psychicznego, jak i sprawności fizycznej oraz rozmaitych wymiarów jakości życia (por. Szatur-Jaworska 2006; Steuden 2009; Brzezińska, Wilowska 2010).

W opracowaniach na ten temat autorzy najczęściej odnoszą się do założeń psychologii pozytywnej M.E.P. Seligmana (2000; Czapiński 2004) oraz modeli pomyślnego starzenia się Johna W. Rowe'a i Roberta L. Kahna (1987) w celu opisania znaczenia indywidualnych zasobów człowieka starszego dla jego rozwoju i samooceny oraz satysfakcji odczuwanej w ostatniej fazie życia (Brzezińska, Wilowska 2010, s. 45–54; Halicki 2010, s. 28–38; Kędziora-Kornatowska, Muszalik, Kornatowski 2010, s. 15–24). Ten model pomyślnego starzenia się poszerzono o istotne współcześnie składowe, takie jak: utrzymanie sprawności funkcjonalnej i psychicznej oraz podejmowanie możliwie szerokiej aktywności, co pozwala docenić znaczenie społecznej funkcjonalności w okresie senioralnym (Depp, Jeste 2006).

Z zagadnieniami jakości życia i satysfakcji życiowej duży związek mają pełnione przez seniorów role, ich zakres i treść.

W opracowaniu Malcolma Payne'a *Citizenship social work with older people* (2011, s. 12) czytamy o feministycznej koncepcji starzenia się, która opisuje ten proces z punktu widzenia rodzaju (rozumianego jako *gender*). Pewne stereotypy starzenia się skupiają się na męskim doświadczeniu i podkreślają nader często, że mężczyźni w wyniku przejścia na emeryturę ponoszą istotną stratę w związkach i relacjach z innymi ludźmi, zamiast szukać okazji i wykorzystać ten czas jako sposobność do reintegracji wewnątrzrodzinnej i odbudowania relacji społecznych i partnerskich. Autor wskazuje tu na konieczność podejmowania nowych i często nieznanych mężczyznom ról na zasadach

równości z kobietami. W tym obszarze mieszczą się przede wszystkim role rodzinne – ojca, dziadka, męża, partnera, ale również przyjaciela, sąsiada, działacza osiedla czy wspólnoty parafialnej, stowarzyszenia.

Podejmowanie i/lub kontynuowanie przez seniorów rozmaitych ról społecznych jest tym bardziej znaczące dla ich satysfakcji, że współczesne społeczeństwa przemysłowe nie cenią szczególnie emerytury jako okresu wyłączenia z przydatności produkcyjnej człowieka. Określają wartość okresu starzenia się i emerytury raczej kategoriami przydatności ekonomicznej niż rozwoju osobistego, społecznych postaw, satysfakcji życiowej, związków i przyjemności w spędzaniu czasu wolnego (Payne 2011).

Także przyczyny dyskryminacji osób starszych i ageizmu zbudowane są w znacznej mierze na przypuszczeniu, że człowiek ma wartość wówczas, kiedy jest wartościowy i wartościowany pod względem ekonomicznym. Stąd coraz ważniejsze staje się znajdowanie wartościowych ról, których pełnienie możliwe jest w starości i na emeryturze, by uniknąć uwięzienia w beztreściowej roli.

Zgodnie z obranymi postawami wobec własnej starości oraz cenionymi indywidualnie wartościami człowiek starszy może realizować role, modele życia i aktywności opisywane za pomocą różnorodnej symboliki. Niemal każda postawa może mieć wersję skrajnie wartościowaną i ocenianą – głęboką i płytką, złożoną i prostą, podlegającą ekskluzji i nastawioną na inkluzję.

Tabela 7. Role pełnione przez człowieka starego – wersje pozytywne i negatywne

Obszar aktywności	Pełnione (akceptowane) role	Symbolika nieakceptowanych ról
1	2	3
aktywność zawodowa	pracownik emeryt	wyrobnik leń, pasożyt
aktywność społeczna	aktywista, działacz użytkownik przywilejów i praw	społecznik – szkodnik socjalnik (konsument świadczeń socjalnych)

1	2	3
aktywność duchowa	myśliciel, kontemplator podróżnik poszukiwacz	kombinator włóczęga wścibski szperacz
aktywność rekreacyjna/ rozrywkowa	użytkownik czasu wolnego	pasikonik lub mrówka
aktywność kulturalna	hobbysta, pasjonat animator koneser kolekcjoner	fanatyk, zapaleniec awanturnik zjadacz zbieracz
aktywność edukacyjna	mentor przewodnik uczeń	omnipotent, mądrala dyktator naśladowca
aktywność rodzinna	partner przyjaciel głowa rodziny/autorytet	towarzysz niedoli intrygant despota

Źródło: opracowanie własne na podstawie Wawrzyniak 2010, s. 16–22.

2. Potrzeby osób starszych

Potrzebami ludzkimi zajmuje się wiele nauk, wśród nich psychologia, socjologia, ekonomia i pedagogika, jednak teoria potrzeb ludzkich na stałe została przedmiotem między innymi gerontologii społecznej, głównie w aspektach opieki i wsparcia, lecz także aktywności i aktywizacji. Na gruncie tej ostatniej można przyjąć, zwłaszcza w odniesieniu do potrzeb ponadpodmiotowych, że teoria potrzeb ludzkich jest częścią składową teorii opieki, szczególnie w kontekście diagnozowania, zaspokajania, regulowania potrzeb oraz niezdolności i przeszkód na drodze ich samodzielnego zaspokajania.

Psychologia stara się wyjaśnić psychofizjologiczne mechanizmy potrzeb, dokonuje ich klasyfikacji, a także wskazuje na ich rolę w zachowaniu się człowieka. Na gruncie psychologii panuje zgoda co do tego, że potrzeby są źródłem aktywności człowieka, z zaznaczeniem iż one same są skutkiem oddziaływania zewnętrznego.

Socjologia ustala społeczne warunki zaspokajania potrzeb oraz ich znaczenie dla zachowania się człowieka oraz grup społecznych. Osią rozważań jest człowiek ujmowany jako członek większej zbiorowości, a jego potrzeby analizuje się jako pochodną potrzeb społecznych. Większość z nich wiąże się ze zdobywaniem i utrzymywaniem pozycji społecznej, a w odniesieniu do osób starszych – także z zachowaniem zdrowia, sprawności i samowystarczalności do jak najpóźniejszych lat życia, które są gwarantem utrzymania autonomii i samodzielności w podejmowanych decyzjach dotyczących również ich społecznego funkcjonowania.

Ekonomia natomiast zajmuje się materialnymi warunkami i możliwościami zaspokajania przede wszystkim fizycznych potrzeb ludzi.

Różnorodność stanowisk w analizie potrzeb rzutuje na wielość definicji tego pojęcia. Potrzeba najczęściej definiowana jest jako aktualnie występujący stan u człowieka, najczęściej jest to stan niedoboru, braku, zakłócenia równowagi w zakresie ważnych dla człowieka właściwości organizmu lub otoczenia. Potrzeba zatem to inaczej brak czegoś, co motywuje do uruchomienia działania, którego celem jest wyrównanie tego braku i przywrócenie organizmowi zaburzonego życiowego optimum. Termin „potrzeba" nie jest jednoznaczny ze względu na interdyscyplinarny charakter pojęcia.

W *Słowniku współczesnego języka polskiego* można odnaleźć następującą definicję potrzeby: „potrzeba to coś, bez czego trudno się obejść, czego brakuje do czegoś" (Dunaj 1996, s. 876). Z kolei Robert Woodworth definiuje potrzebę (organiczną) jako „stan niedostatku lub nadmiaru w organizmie" (Woodworth, Schlosberg 1967, s. 201). Podobne stanowisko reprezentuje Kurt Goldstein, cytowany przez Kazimierza Obuchowskiego, który określa potrzebę jako „stan pewnego niedoboru, który osobnik stara się uzupełnić" (Obuchowski 1966, s. 86), przez co dokonuje „aktualizacji siebie", samorealizując się. Tadeusz Tomaszewski podaje, że potrzeba to „zależność człowieka od otoczenia pod jakimkolwiek względem" (Maruszewski, Reykowski, Tomaszewski 1966, s. 198–199). Z kolei Z. Szarota wskazuje, że potrzeba jednostkowa lub grupowa to

> [...] zespół czynników stwarzających sytuację, kiedy jej brak lub nieodpowiedni stan powoduje zaburzenia i zagrożenia życia, rozwoju, wychowania, jednostek lub grup, a których one same nie są w stanie osiągnąć, dostrzec, wybrać lub regulować (Szarota 1998, s. 36).

Zupełnie inne podejście prezentują Kazimierz W. Frieske i Paweł Poławski. Według tych autorów

> [...] potrzeby to warunki, jakie muszą zostać spełnione, żeby ludzie mogli ze sobą współdziałać, podejmować autonomiczne decyzje i w ogóle uczestniczyć w życiu zbiorowym (1999, s. 76).

A. Kamiński na gruncie pedagogiki społecznej określił potrzebę jako

> [...] brak czegoś wprowadzający jednostkę w niepożądany stan, będący zwykle motywem do działania w kierunku odpowiedniej zmiany tego stanu, czyli zaspokojenia potrzeby (za: Leszczyńska-Rejchert 2006, s. 65).

Istnieją też takie definicje, w których potrzebie nadaje się charakter obiektywny. Potrzeby występują wówczas jako obiektywne warunki przeżycia, rozwoju lub jako relacje uzależniające człowieka od otoczenia. Pojęcie potrzeby zawiera w tym wypadku w swojej treści trzy elementy: podmiot potrzeby, jej przedmiot oraz cel (za: Lisowska 2008, s. 88).

Najbardziej znaną koncepcję potrzeb zaprezentował amerykański psychiatra Abraham H. Maslow. W jego teorii istnieje hierarchiczny układ potrzeb. Podstawowym założeniem tej koncepcji jest twierdzenie, że potrzeby wyższego rzędu ujawniają się, gdy zostaną zaspokojone potrzeby niższego rzędu. Jeśli potrzeby fizjologiczne są dość dobrze zaspokojone, pojawia się nowy zbiór potrzeb – bezpieczeństwa (pewności, stabilności, oparcia, opieki, wolności od strachu, lęku i chaosu, porządku, prawa i granic, silnego opiekuna). Ludzkie potrzeby bezpieczeństwa często znajdują szczególny wyraz w poszukiwaniu opiekuna, a więc jakiejś silniejszej osoby lub systemu, które mogą dać wsparcie. Kolejny zestaw to potrzeby przynależności i miłości, które obejmują zarówno obdarzanie uczuciem, jak i jego przyjmowanie. Kiedy nie są zaspokojone, człowiek odczuwa nieobecność przyjaciół, partnera, dzieci. Występuje wtedy pragnienie związków z ludźmi, tęskni się za miejscem w grupie czy rodzinie i bardzo intensywnie dąży się do osiągnięcia tego celu. Następny poziom to potrzeby szacunku, ponieważ wszyscy ludzie w naszym społeczeństwie mają pragnienie stałej, mocno ugruntowanej, zwykle wysokiej samooceny, szacunku dla siebie, poczucia własnej wartości oraz poważania ze strony innych. Potrzeby te można zatem podzielić na dwie grupy. Do pierwszej z

nich należy pragnienie: mocy, osiągnięć, kompetencji, mistrzostwa i fachowości, pewności siebie w konfrontacji ze światem oraz niezależności i wolności. Do drugiej grupy zaś zaliczyć można pragnienie: dobrej opinii i prestiżu, statusu, sławy i chwały, dominacji, uznania, zainteresowania, znaczenia, godności czy docenienia. Zaspokojenie potrzeby szacunku prowadzi do poczucia pewności siebie, własnej wartości, siły, zdolności i kompetencji, jak również tego, że jest się pożytecznym i potrzebnym w świecie. Kolejny zbiór to potrzeby samorealizacji, odnoszące się do występującego u ludzi pragnienia spełnienia, tendencji do realizowania swojego potencjału. Oprócz wymienionych podstawowych potrzeb A.H. Maslow wymienia również potrzeby poznawcze, do których zalicza pragnienie wiedzy i rozumienia. Potrzeby te są wolicjonalne (mają charakter dążeniowy). Zaspokojenie impulsów poznawczych przynosi w rezultacie subiektywne zadowolenie i doświadczenie osiągnięcia celu. Są tak samo potrzebami osobowościowymi jak potrzeby podstawowe. Do ostatniej kategorii należą potrzeby estetyczne, których wyraźne wyodrębnienie nie jest możliwe, gdyż pokrywają się one w znacznym stopniu z potrzebami wolicjonalnymi i poznawczymi. Należą do nich: potrzeba porządku, symetrii czy też domykania całości (Maslow 2006, s. 65–76).

Analizując potrzeby człowieka z perspektywy gerontologii społecznej, która definiuje starzenie się i starość jako proces trójpłaszczyznowy, przebiegający na wzajemnie się warunkujących i przenikających płaszczyznach: biologicznej, psychologicznej i społecznej, trafne wydaje się odwołanie do stanowiska nazywanego antropocentryzmem. Podkreśla się w nim, że konieczne jest systemowe i wielostronne podejście do człowieka i jego potrzeb, należy rozpatrywać go (człowieka) jako całość, zintegrowany biopsychosystem (Lisowska 2008, s. 85). Co więcej, są to poziomy współzależne i tak dalece się wzajemnie warunkujące i przenikające, że nie mogą być rozpatrywane w oderwaniu od siebie.

Zgodnie z klasyczną klasyfikacją potrzeb wyróżnia się dwie ich zasadnicze grupy. Pierwsza to potrzeby fizjologiczne (biologiczne,

instynktowne), a druga to potrzeby psychospołeczne, tj. nabyte społecznie, warunkowane.

W odniesieniu do człowieka starszego i jego potrzeb właściwe wydaje się odwołanie do koncepcji potrzeb ponadpodmiotowych. Uznaje się za nie te spośród całości potrzeb człowieka, których nie jest on zdolny – przejściowo lub trwale, częściowo lub całkowicie – samodzielnie zaspokajać ani regulować.

> Potrzeby ponadpodmiotowe są funkcją dwóch nakładających się na siebie bezpośrednich czynników, które stanowią dwie grupy fundamentalnych, gatunkowych właściwości człowieka: potrzeb ludzkich jako niezmienników antropologicznych oraz określonych niezdolności do względnie samodzielnego zaspokajania i regulowania tych potrzeb jako niezmienników antropologicznych oraz ujemnych, relatywnych składników losu człowieka (Lisowska 2008, s. 116).Oznacza to, że potrzeby ponadpodmiotowe, jako te spośród potrzeb człowieka, których nie może on zaspokoić samodzielnie, są wypadkową treści i kierunku ich samych, braku zdolności do ich samodzielnego zrealizowania przy jednoczesnym występowaniu niekorzystnego układu uwarunkowań środowiskowych i losowych do ich zaspokojenia.

Zdzisław Dąbrowski (2000, s. 166–167) uznaje, że potrzeby ponadpodmiotowe charakteryzują takie właściwości, jak: częściowe lub całkowite niezaspokojenie potrzeby, niezdolność człowieka do samodzielnego zaspokajania i regulowania potrzeb i wreszcie ujemne składniki losu ludzkiego. Co ważne z punktu widzenia gerontologii społecznej, jako nauki podnoszącej problematykę sytuacji życiowej osób starszych oraz ich pozycji społeczno-rodzinnej, pojęcie potrzeby ponadpodmiotowej odnosi się do sytuacji, w której może znaleźć się człowiek w każdym momencie swojego życia. Słuszne zatem wydaje się uwzględnienie w proponowanym przez Z. Dąbrowskiego podziale potrzeb także kryterium wieku. Takie ujęcie umożliwia wyodrębnienie, oprócz potrzeb wspólnych dla ludzi w różnym wieku, również grupy potrzeb specyficznych dla różnych okresów życia, z uwzględnieniem sytuacji, w jakich ludzie się znajdują (za: Lisowska 2008, s. 118). Wskazuje się na dwa okresy w życiu

człowieka, które sprzyjają występowaniu potrzeb ponadpodmiotowych, a mianowicie dzieciństwo i starość. Szczególne powinowactwo tych dwóch okresów życia wynika głównie z tego, że charakteryzują się one wysokim wskaźnikiem uzależnienia od innych osób w zakresie zaspokajania własnych potrzeb, częstym występowaniem chorobowych potrzeb ponadpodmiotowych i zbliżonymi niedostatkami w sferze sprawności fizycznej.

> Zapomina się jednak o istotnych swoistościach sędziwego wieku, tkwiących w ukształtowanych, trwałych dyspozycjach oraz więziach interpersonalnych i społecznych, nagromadzonym doświadczeniu, świecie minionych przeżyć, świadomości zbliżającego się kresu życia. Wszystko modyfikuje istotnie związane z nim potrzeby, nad którymi starość nie pozwala zapanować (Dąbrowski 2000, s. 169).

Potrzeby ponadpodmiotowe dzieli się na normalne (właściwe) i substandardowe (wynikające z ujemnych dewiacji i okoliczności życiowych). Potrzeby normalne wynikają z podstawowych właściwości gatunkowych człowieka, jego zależności interpersonalnych i społecznych oraz niebudzących dezaprobaty właściwości indywidualnych. Natomiast potrzeby substandardowe są wytworem różnego rodzaju niekorzystnych czynników dziedzicznych oraz ujemnych warunków życia i rozwoju człowieka. Wśród nich wyróżnia się potrzeby zależne i niezależne. Te pierwsze wywoływane są przez pewne cechy samego ich podmiotu oraz związane z nim wzajemną zależnością osoby i instytucje, a ich czynnikami są np. lenistwo, niezaradność życiowa, wyuczona niesamodzielność, nastawienie na opiekę i pomoc ze strony innych ludzi. Potrzeby niezależne wywoływane są przez czynniki niezależne od podmiotu potrzeby i związanych z nim ściśle osób oraz instytucji i wynikać mogą np. z upośledzeń fizycznych i psychicznych, sieroctwa, chorób, wypadków losowych czy trudności życiowych.

Potrzeby ponadpodmiotowe, traktowane jako niezdolność człowieka do samodzielnego zaspokajania i regulowania swoich potrzeb, są warunkowane wieloma czynnikami endogennymi i

egzogennymi, do których – w przypadku człowieka starszego i starzejącego się – można zaliczyć:

- inwolucyjne następstwa procesu starzenia się;
- różnego rodzaju odchylenia od normy, upośledzenia zarówno dziedziczne, wrodzone, jak i nabyte;
- przewlekłe choroby, nieszczęścia, wypadki losowe;
- przekraczające siły i środki trudne sytuacje życiowe, wśród których w okresie starości najistotniejsze wydają się: traumatyczne wydarzenia w życiu człowieka, takie jak śmierć współmałżonka i stan wdowieństwa oraz często spowodowane nimi samotność i osamotnienie, niektóre negatywne wyjścia z frustracji, obsesje będące skutkiem dominacji potrzeb niezaspokojonych, cierpienie, regresje, nałogi, choroby;
- niezaradność życiowa i uzależnienie zaspokajania pewnego zakresu potrzeb człowieka od opiekuńczej interwencji państwa i instytucji pomocowych, np. potrzeb wynikających z niskiego poziomu dochodów, biedy i ubóstwa;
- postawa zależności, permanentna „podopieczność", czyli trwałe nastawienie na opiekę, uzależnienie od innych (za: Lisowska 2008, s. 118–123).

Wśród wyznaczników potrzeb ponadpodmiotowych wymienia się także określony stan świadomości, nastawień i oczekiwań, uzależniający w znacznym stopniu życie człowieka od „sił wyższych", najczęściej transcendentnych. Czynnik ten prowadzi do tworzenia się potrzeb religijnych, które w życiu ludzi starych nabierają specyficznego znaczenia (Lisowska 2008, s. 124).

Zarówno z indywidualnego, jak i społecznego punktu widzenia potrzeby ponadpodmiotowe to te, których zaspokojenie wymusza konieczność przyjęcia we własną przestrzeń życiową, do własnej egzystencji drugiego człowieka (opiekuna), co więcej, to właśnie ten drugi człowiek – opiekun, doradca – staje się warunkiem utrzymania życia na właściwym poziomie. Jakość życia człowieka przejawiającego potrzeby ponadpodmiotowe zależy więc od jakości relacji pomocowej, jaka połączy podopiecznego i opiekuna,

bez względu na to, czy ma ona miejsce w obrębie środowiska rodzinnego czy odpowiednich instytucji. Istotą tej relacji jest bowiem nie środowisko, w którym ona zachodzi, ale działanie i porozumienie/komunikacja, które w konsekwencji przyniosą zachowanie ciągłości tożsamości osoby starszej, jej podmiotowości i godności, a także bezpieczeństwa jej i opiekuna.

Przytaczanie ogólnych klasyfikacji potrzeb oraz poglądów na ich temat ma swoje uzasadnienie w tezie funkcjonującej w literaturze przedmiotu mówiącej, że istnieje pewnego rodzaju zgoda co do przekonania, że potrzeby ludzi starszych w kategorii podstawowych nie różnią się od tych, jakie występują u pozostałych ludzi. Co więcej, potrzeb ludzi starszych nie można analizować w oderwaniu od pozostałych grup i poza szeroko rozumianym społeczeństwem, wszak są oni jego integralną i ważną częścią (Trafiałek 2003, s. 106). Potrzeby osób starszych nie różnią się znacząco od tych odczuwanych na poprzednich etapach życia, wszystkie wymieniane w klasyfikacji Maslowa mają znaczenie także w fazie starości (Susułowska 1986, s. 329). Poziom potrzeb jest jednak inny niż w przypadku osób młodych – na pierwszy plan wysuwają się te dotyczące bezpieczeństwa oraz zrozumienia i pomocy ze strony innych ludzi. W okresie starości zmieniają się także ważność oraz intensywność poszczególnych potrzeb, niektóre z nich odczuwane są bardziej dojmująco, i to często ze względu na stopień ich zaspokojenia bądź realne zagrożenie deprywacją. Do potrzeb takich należą:

- potrzeba bezpieczeństwa (w starszym wieku nasilają się niepokoje);
- potrzeba przynależności (nasila się poczucie osamotnienia, maleje liczba kontaktów międzyludzkich);
- potrzeba niezależności (zagrożona przez czynniki biologiczne i ekonomiczne) i jej przeciwieństwo – potrzeba uzależnienia (wymaganie opieki, także jako spełnianie obowiązku wobec starszego człowieka);
- potrzeba użyteczności (zagrożona we współczesnym, szybko modernizującym się świecie);

- potrzeba prestiżu (zanikający szacunek dla osób starszych) (por. Staręga-Piasek 1975, s. 133–138).

Bardzo trafną klasyfikację potrzeb w odniesieniu do służby zdrowia i pomocy społecznej prezentuje Z. Szarota (1998, s. 106), dzieląc je na potrzeby:

- bytu (pokarmowe, regeneracji sił, mieszkaniowe, odzieżowe, lokomocyjne, bezpieczeństwa, zdrowotne);
- społeczne (swobody i autonomii, przynależności i integracji, mocy – czyli szacunku, godności, uznania, pracy, pełnienia ról);
- indywidualnego rozwoju (kulturalne – receptywne, kulturalne – kreatywne, wiedzy, ludyczno-towarzyskie, rekreacyjne, religijno-eschatologiczne).

Typologia ta ma służyć standaryzacji usług domów opieki, co wydaje się zabiegiem bardzo pożądanym i słusznym w sytuacji zwiększającej się liczby osób starszych w społeczeństwie i jednoczesnym rozluźnieniu więzi wewnątrzrodzinnych. Znaczną część potrzeb osób starszych, w których zaspokajaniu zwyczajowo uczestniczyła rodzina, przejmować będą placówki i instytucje, co może powodować trudności zwłaszcza w realizacji potrzeb indywidualnego rozwoju oraz społecznych.

Barbara Z. Małecka utrzymuje pogląd, że potrzeby psychologiczne człowieka starszego mają specyficzny charakter, a ich natężenie rośnie lub maleje na skutek zmieniających się możliwości ich zaspokajania, które wynikają ze swoistej sytuacji życiowej ludzi w tym wieku. Osoba w starszym wieku szczególnie mocno odczuwa potrzebę uznania, bezpieczeństwa psychicznego, życzliwości i przyjaźni, afirmacji siebie i świata, przynależności do grupy i zajmowania w niej określonego miejsca, bycia we wspólnocie (Małecka 1985).

Najczęściej wymienia się potrzebę bezpieczeństwa, która ma szczególne znaczenie dla człowieka starszego, a jej niedostateczne zaspokojenie odbija się na wszystkich dziedzinach ludzkiego życia. Jak pisze Grażyna Orzechowska:

> Potrzeba bezpieczeństwa fizycznego jest wynikiem gorszego zdrowia i sprawności ruchowej, gospodarskiej i samoobsługowej człowieka starszego. Bezpieczeństwo psychiczne zaś i jego odczuwanie wynika z dwóch sfer życia: osobistego i społecznego oraz takiej organizacji zdarzeń i sytuacji tych sfer, by zachowały one pewien ład, porządek, rytm, tradycje i nawyki. Wszelkie zmiany bowiem wywołują poczucie zagrożenia i narastające niebezpieczeństwo osamotnienia (2001, s. 26).

Elżbieta Trafiałek akcentuje to, że potrzeby ludzi starszych nie mogą być ani zaspokajane, ani analizowane w oderwaniu od potrzeb innych ludzi, grup i całego społeczeństwa, całego społecznego kontekstu funkcjonowania seniorów, wskazując jednocześnie, że wraz z wiekiem na znaczeniu zyskują potrzeby materialnego zabezpieczenia bytu, bezpieczeństwa i emocjonalnego wsparcia.

> [...] Strach przed śmiercią i niepełnosprawnością, przed samotnością, niezmiennie towarzyszący starości sędziwej, największą rangę nadaje jednak potrzebom psychicznym: akceptacji, afiliacji i miłości (2003, s. 106).

Autorka, odwołując się do klasyfikacji potrzeb w starości C. Tibbittsa[1],polemizuje z poglądem Zbigniewa Woźniaka, który stwierdził, że potrzeby maleją wraz z wiekiem i pogarszającym się stanem zdrowia i że czasem dotyczy to także kontaktów z rodziną. E. Trafiałek w odniesieniu do seniorów stwierdza, że

> Są grupą społeczną, która odczuwa ogromną potrzebę akceptacji oraz aktywności, pełnienia różnorodnych ról społecznych, prawdziwego i w miarę swoich możliwości pełnego uczestniczenia w codziennym życiu wspólnot rodzinnych, towarzyskich, sąsiedzkich, religijnych oraz lokalnych. Rodzina jest dla nich najważniejsza, ale równie ważny jest klimat społeczny najbliższego otoczenia, czyli przyjaźnie nastawieni sąsiedzi, życzliwy lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny, uprzejmy urzędnik i ekspedientka. Są wrażliwi i czuli na wszelkie przejawy akceptacji lub odrzucenia, głęboko odczuwają brak szacunku i empatii. Ich obawy związane z przewidywaną utratą samodzielności i sprawności są równie poważne jak lęk przed odtrąceniem i brakiem użyteczności. To, że ich smutek jest niemy, nie znaczy, że nie istnieje; to że nie manifestują swych uczuć, nie znaczy, że ich nie doświadczają; podobnie

> jak to, że niechętnie wyciągają ręce po pomoc, nie znaczy, że jej nie potrzebują (2003, s. 108).

Lucyna Frąckiewicz (1985, s. 144) także wskazuje na potrzebę bezpieczeństwa jako tę, której zaspokajanie kształtuje jakość życia osób starszych.

Waldemar Tłokiński wskazuje na ważną rolę potrzeb komunikacyjnych, gdyż komunikacja jest niezbędną podstawą interakcji społecznych, w starości zaś – najważniejszym nośnikiem możliwości adaptacji i integracji ze środowiskiem społecznym. Tłokiński podkreśla ogromne znaczenie potrzeb przezwyciężania trudności, wyrażania się, współdziałania, jak również wpływania. Oprócz pierwszej z wymienionych wszystkie wiążą się z komunikacją bezpośrednią. Autor zaznacza, że potrzeba wyrażania się spełnia się na poziomie możliwości językowych człowieka. Potrzeba współdziałania zawiera się zaś na poziomie mechanizmów konwersacyjnych, a wpływania (perswazji) zaspokaja i wyjaśnia poziom funkcjonowania objęty zakresem pragmatyki językowej. Ludzie starsi nie są w odpowiednim stopniu przygotowani informacyjnie, aby mogli dać sobie radę ze starczymi zmianami w komunikowaniu się. Seniorzy nie dostrzegają konsekwencji osobowościowych czy społecznych z powodu różnego rodzaju zakłóceń komunikacyjnych. Bardzo mocno akcentuje się także potrzeby kontaktu osobowego, rozmowy, szacunku i akceptacji, towarzyszenia nie tylko w podstawowych czynnościach egzystencjalnych, lecz także psychicznego – bycia i stawania się w relacji międzyosobowej i międzygeneracyjnej.

Przyjmuje się także, że potrzeba bycia aktywnym jest jedną z najważniejszych dla seniorów, gdyż aktywność warunkuje zaspokajanie wszystkich potrzeb człowieka. Zmiany w zakresie pełnionych ról społecznych i ustanie działalności zawodowej prowadzą do tego, że osoba starsza ma dużo czasu wolnego i konieczna jest zmiana przeważającej wcześniej formy aktywności instrumentalnej (związanej z pracą, w której człowiek zmierza do określonego celu, czerpiąc z niej korzyści i satysfakcję) na

ekspresywną (z wyboru, dla zaspokojenia swoich pragnień i potrzeb) (Tłokiński 1990).

Nie można też pominąć bardzo istotnych dla seniorów potrzeb miłości, przynależności i bezpieczeństwa. Zwraca na nie uwagę Helena Hrapkiewicz, wskazując, że

> [...] są to potrzeby psychiczne, które człowiek posiada od urodzenia. Nie zaspokajane permanentnie mogą być przyczyną poważnych zaburzeń w rozwoju jednostki (2005, s. 105).

Seniorzy, tak jak przedstawiciele innych grup wiekowych, pragną być kochani, akceptowani, gdyż tylko człowiek akceptowany przez innych będzie godził się na siebie. Oznaką afirmacji jest właściwa komunikacja z osobą starszą. Dla seniorów ważne jest spotkanie się, poświęcenie im czasu, wysłuchanie ich. Niezwykle istotne znaczenie ma dla nich potrzeba przynależności. Świadczyć o tym może niechęć do przejścia na emeryturę, związanego z wykluczeniem z grupy pracowników, z którą łączyła ich więź przez wiele lat. Często człowiek trzeciego wieku żyje samotnie, dlatego też ważną kwestią jest dla niego znalezienie takiej grupy, z którą mógłby się identyfikować. Wspólne spotkania mogą odwrócić uwagę od problemów, ale również pomóc drugiemu człowiekowi.

Różnice w odczuwaniu i zaspokajaniu potrzeb występują zależnie do płci – starsi mężczyźni mają silniejszą niż kobiety potrzebę osiągnięć, afiliacji, kontaktów seksualnych, podporządkowania i uległości, niższą zaś potrzebę autonomii. Starsze kobiety natomiast najsilniej odczuwają potrzebę autonomii i agresji (Cichocka 1988, s. 13–16). Te same badania dowiodły też, że w warunkach instytucjonalnych zacierają się różnice między płciami w odczuwaniu poszczególnych potrzeb, niezmieniony zostaje jedynie priorytet potrzeby autonomii i agresji w przypadku kobiet, a pogłębia się różnica w odczuwaniu potrzeby podporządkowania się na rzecz mężczyzn (Cichocka 1988).

Potrzeby osób starszych są determinowane wieloma czynnikami, takimi jak: płeć, poziom wykształcenia, wykonywany

zawód, typ osobowości, stan zdrowia, struktura rodziny (Staręga-Piasek 1975, s. 133). Niehomogeniczność grupy społecznej, jaką są seniorzy, oznacza również różnice w odczuwanych i zaspokajanych przez nich potrzebach, nie można jednak rozpatrywać ich w oderwaniu od potrzeb ogółu społeczeństwa. W podmiotowym traktowaniu osoby starszej ważne jest zwrócenie szczególnej uwagi zwłaszcza na potrzeby pensjonariuszy placówek opiekuńczych, które w pewnym zakresie reguluje Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 nr 64, poz. 593) oraz inne rozporządzenia i uchwały dotyczące działań pomocowych i opiekuńczych w instytucjonalnym systemie pomocy społecznej (Szarota 2010, s. 103). Podmiotowość ta wyraża się właśnie w uznaniu potrzeb człowieka starszego, respektowaniu jego praw, uwzględnianiu pragnień i życzeń, poszanowaniu, uznaniu jego indywidualności. Oparta jest na dobrowolności, szacunku i akceptacji, odrzuca dyrektywne metody postępowania, przymus i przemoc (Szarota 2010).

Zaspokojenie oraz zakres potrzeb osoby starszej są kształtowane w dużym stopniu przez jej sytuację: zdrowotną, ekonomiczną oraz społeczną. Pogarszające się stan zdrowia i sprawność fizyczna mogą powodować ograniczenia w realizacji niektórych potrzeb (np. integracji, uczestnictwa) i/lub pojawienie się innych, dotychczas nieodczuwanych (np. opieki, zależności). Sytuacja społeczna seniora może wpływać na zakres potrzeb, kształtując je, np. na potrzebę rozwoju, edukacji w sytuacji emerytury i możliwości, jakie stwarza zamieszkiwanie w dużym mieście, uczestnictwa społecznego w najbliższym otoczeniu (osiedle, parafia, stowarzyszenie) czy pełnienia roli babci w przypadku posiadania wnuków.

Sytuacja ekonomiczna osób starszych po zakończeniu pracy zawodowej zmusza je niejednokrotnie do ograniczania, redukowania swoich potrzeb. Rezygnują one wówczas najczęściej z rozrywki, podróży, zamiłowań wymagających nakładów finansowych. Nie zawsze jednak ograniczone dochody wiążą się z koniecznością zaprzestania uczestnictwa i samorozwoju, powodują

jednak modyfikacje w stylu życia i – co za tym idzie – w realizacji potrzeb wyższego rzędu.

Ze względu na wycofanie się z życia zawodowego uszczerbku doznać mogą potrzeby wyraźniej odczuwane w tej sytuacji, takie jak: potrzeba afiliacji, szacunku, przynależności do grupy, akceptacji, co znacząco wpływa na odczuwaną jakość życia. Na fakt ten zwraca uwagę Brunon Synak (za: Orzechowska 1999, s. 25), podkreślając znaczenie potrzeb psychospołecznych w życiu seniora mniej aktywnego. Wyróżnione zostały potrzeby: przynależności, użyteczności i uznania, niezależności, bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego, satysfakcji życiowej.

Ludzie starzejący się i starzy należą do tej kategorii osób, których funkcjonowanie może być i często jest zagrożone, podobnie jak zaspokajanie ich potrzeb. Stąd za szczególnie ważny należy uznać proces diagnozowania potrzeb człowieka starszego, zwłaszcza tych ponadpodmiotowych, a to ze względu na projektowane i realizowane kierunki działań zmierzających do ich zaspokajania. W procesie diagnozowania potrzeb ponadpodmiotowych należy ustalić i wielostronnie poznać, których z nich jednostka lub grupa nie są w stanie samodzielnie zaspokoić ani regulować, jakie są podstawowe czynniki niezdolności do samoregulacji, przyczyny i skutki niezaspokajania potrzeb oraz warunki i możliwości przywracania stanu pożądanej równowagi i względnej stabilizacji.

> „Nie martw się tak bardzo problemami, jakimi żyje świat, ale po prostu odpowiadaj na potrzeby konkretnych ludzi”.
>
> Matka Teresa z Kalkuty

W okresie starości występują zarówno potrzeby rozwojowe, jak i opiekuńcze. Wraz z wiekiem oraz coraz wyraźniejszą groźbą spadku sprawności funkcjonalnej i częściej odczuwaną niesprawnością przewagę zyskują te ostatnie. Jeśli nałożyć na ten obraz cały, ciągle jeszcze bolesny kontekst społeczny, jaki związany jest ze starością, to staje się oczywiste, że w procesie

zaspokajania potrzeb ludzie starsi potrzebują wsparcia. I otrzymują je na wielu płaszczyznach – od opieki i wsparcia rodziny zaczynając, przez grupy samopomocowe, na instytucjach udzielających profesjonalnej pomocy i wykonujących pracę socjalną kończąc. Zaspokajanie (w rozumieniu podejmowanych działań) potrzeb ludzi starszych powinno być ukierunkowane na antycypację, ochranianie, wspieranie, wzmacnianie, wyzwalanie sił wewnętrznych seniorów oraz wykorzystywanie i optymalizowanie walorów i możliwości tkwiących w środowisku ich życia. A wszystko po to, aby ich życie przebiegało pomyślnie.

3. Życie rodzinne i funkcjonowanie gospodarstwa domowego

Sytuacja rodzinna i w jakimś sensie determinowane nią funkcjonowanie gospodarstwa domowego człowieka starszego od zawsze stanowiły istotny obszar poszukiwań badawczych i teoretycznych gerontologii. Jako podstawowe środowisko funkcjonowania emocjonalnego i aktywności życiowej seniorów wskazuje się rodzinę, której ocena warunkowana jest wieloma czynnikami, takimi jak: jej struktura, poziom więzi międzypokoleniowej, system wzajemnej wymiany i pomocy, sytuacja materialna i zdrowotna. To rodzina stwarza jednostce możliwość rozwoju i zaspokajania wielu potrzeb, i to w każdym wieku. Co więcej, można zaryzykować tezę, że w okresie starości jej znaczenie wzrasta – opierając się na niej, człowiek starszy pozostaje osobą samodzielną i niezależną, wolną od pozarodzinnych, instytucjonalnych form wsparcia. Rodzina ułatwia seniorom proces adaptacji do starości i wszystkich zmian z nią związanych, zapewnia poczucie bezpieczeństwa, a nierzadko jest źródłem wsparcia finansowego, emocjonalnego oraz duchowego.

Pierwsze ogólnopolskie badania dotyczące seniorów przeprowadzone zostały w 1973 roku pod kierunkiem Jerzego Piotrowskiego. Miały one na celu diagnozę sytuacji życiowej i rodzinnej seniorów. Kolejne badania dotyczące tych samych obszarów funkcjonowania osób starszych przeprowadzone zostały 35 lat później. Zainicjowane przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne i kierowane przez Brunona Synaka przyniosły istotne dla oceny miejsca człowieka starszego w rodzinie i społeczeństwie wnioski.

Badania przeprowadzone w latach 1999–2001 roku porównano z poprzednimi, dlatego oparto je na tych samych przesłankach metodologicznych, jednak miały one pokazać życie seniorów w

nowych realiach gospodarczych, ekonomicznych i społecznych, które były skutkiem transformacji ustrojowej 1989 roku. Badania potwierdziły, że

> [...] zdrowotna, ekonomiczna i społeczna sytuacja ludzi starych jest nie mniej zróżnicowana niż 35 lat temu, a główna płaszczyzna tego zróżnicowania przebiega nadal wzdłuż tradycyjnego podziału miasto – wieś (Synak 2003).

Co więcej, w porównaniu z wynikami badań J. Piotrowskiego pod wieloma względami dysproporcje między tymi środowiskami powiększyły się. Dotyczy to przede wszystkim zdrowia.

> [...] Starsi mieszkańcy wsi oceniają swoje zdrowie gorzej niż mieszkańcy miast, częściej narzekają na różnego rodzaju dolegliwości, pod wieloma względami są mniej sprawni [...]. Mimo że w opiece zdrowotnej nad ludźmi starymi zaszło wiele korzystnych zmian, to wzrosły równocześnie obciążenia rodziny (przy zmniejszaniu się jej zasobów i możliwości), stanowiącej nadal najważniejszą „instytucję" opiekuńczą dla starych i schorowanych jej członków. Oznacza to, że zmiany w systemie ochrony zdrowia nie nadążają za procesem demograficznego starzenia się społeczeństwa i konsekwencjami tego procesu (Synak 2002, s. 14–15).

Opisywane badania nie przyniosły jednoznacznej oceny sytuacji materialnej seniorów. Wykazały natomiast, że pod względem finansowym nie ucierpieli oni bardziej niż inne grupy społeczne, zmieniła się natomiast zasadniczo struktura wydatków – osoby starsze najwięcej wydają na lekarstwa. Badania wykazały także, że brak możliwości kontynuowania aktywności zawodowej zawęża sieć kontaktów i przestrzeń życiową osób starszych, prowadząc do szczególnej formy ekskluzji i deprywacji społecznej starszego pokolenia. Aktywność ludzi starszych przebiega w obszarze rodziny, telewizji i kościoła oraz ma charakter domowo-rodzinny. Co więcej, badania pokazują powszechną niemal bierność seniorów w środowisku lokalnym.

> To zasadniczo domowo-rodzinne zorientowanie życia starszego pokolenia w naszym kraju jest odzwierciedleniem kulturowo

> zdefiniowanej roli społecznej starszej osoby, dostępnych wzorów życia na emeryturze, braku nawyków aktywnego uczestnictwa we wcześniejszych latach, jak również trudnych warunków życia oraz nie najlepszego – na ogół – zdrowia i sprawności fizycznej. Dodatkowym czynnikiem warunkującym społeczną integrację i postawy ludzi starszych jest transformacja ustrojowa, w wyniku której zdewaluowało się wiele wartości i form społecznego uczestnictwa z okresu pracy zawodowej obecnego pokolenia emerytów. Dlatego w większości przypadków można mówić o swoistej próżni socjologicznej pomiędzy silnym zakorzenieniem w środowisku rodzinnym, a luźnym kontaktem ze światem zewnętrznym, obserwowanym często jedynie na małym ekranie (Synak 2002, s. 19).

Przyjmując za kryterium stan cywilny seniorów i ich dzietność, w przypadku rodzin ludzi w wieku senioralnym możemy mówić o takich typach, jak:

- rodzina z dziećmi na utrzymaniu, w której tylko jedno z małżonków jest osobą starszą;
- rodzina z dziećmi już samodzielnymi, żyjącymi nadal z rodzicami we wspólnym gospodarstwie domowym lub oddzielnie, przy czym tylko jedno z rodziców jest osobą starszą;
- rodzina z samotną matką lub samotnym ojcem z dzieckiem na utrzymaniu;
- rodzina z samotną matką lub samotnym ojcem z dzieckiem już samodzielnym, żyjącym we wspólnym gospodarstwie domowym lub oddzielnie;
- małżeństwo osób starszych żyjące samodzielnie, posiadające dzieci, które żyją samodzielnie;
- małżeństwo osób starszych żyjące samodzielnie, nieposiadające dzieci;
- osoba samotna żyjąca samodzielnie, posiadająca dzieci;
- osoba samotnie żyjąca samodzielnie, nieposiadająca dzieci;
- związek kohabitacyjny, posiadający dzieci, w której co najmniej jedna osoba jest osobą starszą;
- związek kohabitacyjny, nieposiadający dzieci, w którym co najmniej jedna osoba jest osobą starszą (Dyczewski 2002, s.

58).

Rodzina jest środowiskiem aktywnym, tzn. takim, które zmienia się zarówno pod wpływem upływającego czasu, jak i różnorakich zdarzeń rodzinnych warunkowanych kulturowo i obyczajowo. Życie rodzinne seniorów jest procesem dynamicznym, przechodzą oni przez różne fazy rozwoju.

Zazwyczaj rodziny tworzone przez osoby w wieku podeszłym znajdują się w fazie pustego gniazda, która obejmuje lata małżeństwa po usamodzielnieniu się dzieci i odejściu z domu rodzinnego. Momentem, który kończy tę fazę, jest najczęściej śmierć jednego ze współmałżonków. Coraz częściej wskazuje się na to, że faza pustego gniazda wydłuża się na skutek wzrostu przeciętnego trwania życia ludzkiego. Niektórzy badacze twierdzą nawet, że występuje ona zaraz po fazie rodzicielskiej i trwa najdłużej w małżeństwie, po osiągnięciu przez dzieci pełnej zaradności życiowej i również po śmierci jednego ze współmałżonków (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006, s. 109).

Spora grupa osób w okresie późnej dorosłości zamieszkuje wspólnie ze swoimi dorosłymi dziećmi, które częściowo lub całkowicie są niezdolne do samodzielnego zaspokajania własnych potrzeb życiowych. Mniejsza jest liczba dzieci na utrzymaniu starszych rodziców w rodzinach składających się tylko z jednego z rodziców i dziecka (czyli w rodzinach niepełnych) i w małżeństwach, w których kobieta przekroczyła już próg starości. Wyższa jest w związkach małżeńskich, w których wiek kobiety waha się między 50. a 60. rokiem życia, natomiast mężczyzna skończył 60. rok życia. Są to rodziny seniorów, które znajdują się w fazie poprzedzającej puste gniazdo.

Niekiedy wspólne zamieszkiwanie seniorów i ich dorosłych dzieci może prowadzić do sytuacji trudnych, niosących za sobą ryzyko konfliktów i nieporozumień. Taka sytuacja określana jest mianem przepełnionego gniazda i jest wynikiem niemożności nabycia przez dzieci własnego lokalu mieszkaniowego. Przy tym należy zaznaczyć, że bardzo trudne jest ustalenie granicy między

sytuacją przymusową, jaką jest faza przepełnionego gniazda, a własną wolą i chęcią kontynuowania modelu wielopokoleniowej rodziny nader często przejawianą przez starzejących się rodziców (Szatur-Jaworska 1999, s. 19).

Rodziny tworzone przez seniorów po przejściu fazy pustego gniazda i po utracie jednego ze współmałżonków powracają do poprzednich faz rozwoju życia rodzinnego w taki sposób, że usamodzielnione dzieci ponownie zamieszkują ze swoimi często już niesprawnymi rodzicami/rodzicem.

Wówczas w życiu rodzinnym seniorów można wyróżnić takie fazy, jak:

- faza opuszczenia domu przez dorastające dzieci – puste gniazdo, wdowieństwo i faza samotnego zamieszkiwania;
- faza opuszczenia domu przez dorastające dzieci – puste gniazdo, wdowieństwo i faza samotnego zamieszkiwania – rekohabitacji;
- faza opuszczenia domu przez dorastające dzieci/wdowieństwo, ponowne małżeństwo, wdowieństwo;
- faza opuszczenia domu przez część dorastających dzieci – przepełnione gniazdo lub pozostawanie w rodzinie wielopokoleniowej, wdowieństwo lub dalsze zamieszkiwanie z dziećmi (Szatur-Jaworska 1999).

W innym podziale faz życia rodzinnego seniorów, w którym za kryterium przyjmuje się moment dorastania dzieci, wskazuje się na typologię rodzin, zgodnie z którą wyróżnia się:

- Rodzinę na etapie późnej dorosłości, w której małżonkowie mają około 45–54 lat, a ich dzieci są już pełnoletnie, ale ze względu na pobieranie nauki zamieszkują razem z rodzicami. Następuje rozluźnienie więzi między rodzicami a dziećmi, ci pierwsi mają coraz mniej obowiązków wynikających z roli rodzica, a dzieci coraz bardziej poszerzają pola swojej niezależności życiowej. Małżonkowie są aktywni zawodowo. Jak twierdzi Barbara Szatur-Jaworska (2006, s. 107), „jest to bardzo ważny etap, gdyż wzory wzajemnych odniesień

starzejących się rodziców i usamodzielniających się dzieci będą się odnosiły do następnych etapów życia rodzinnego".

- Rodzinę w wieku przedemerytalnym, w której rodzice są w wieku 55–64 lat. Na tym etapie zazwyczaj dzieci zakładają własne rodziny i zamieszkują oddzielnie, a rola rodziców ogranicza się do pomocy w organizowaniu ich gospodarstw domowych oraz w opiece nad wnuczętami. Małżonkowie cieszą się jeszcze w miarę dobrym zdrowiem i stopniowo zaczynają przygotowywać się do roli emeryta.
- Rodzinę w wieku wczesnoemerytalnym, w której rodzice są w wieku 65–74 lat, ich źródłem utrzymania jest emerytura. Kontakty z dziećmi najczęściej oparte są na przyjaźni, natomiast relacje z wnukami układają się najlepiej w porównaniu z pozostałymi członkami rodziny i przynoszą satysfakcję zarówno dziadkom, jak i wnukom.
- Rodzinę w wieku późnoemerytalnym, w której zaawansowani wiekowo rodzice najczęściej ukończyli 75. rok życia. Życie rodzinne jest wtedy uzależnione od kondycji fizycznej i psychicznej najstarszych członków rodziny. Zazwyczaj rodzice wymagają opieki ze strony najbliższych, bo w większości nie są w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb. Jeżeli oboje małżonkowie żyją, wówczas wykazują dużą aktywność życiową, ale spowalnia się ich tempo życia. Ich dzieci wchodzą już w okres późnej dorosłości, a wnuczęta osiągają samodzielność życiową (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006, s. 107–108).

Rodzina stanowiła, stanowi i – jak można zakładać – stanowić będzie specyficzny układ relacji międzyosobowych i wewnątrzrodzinnej wzajemności, wsparcia i pomocy. Środowisko rodzinne to także miejsce wzajemnej wymiany usług. Starsi rodzice chętnie przyjmują pomoc od swoich dzieci i odwrotnie, dzieci także przyjmują pomoc ze strony starszych, lecz jeszcze sprawnych i mobilnych rodziców.

Dzieci swoim starszym rodzicom najczęściej pomagają w pracach domowych, robieniu zakupów, załatwianiu spraw

urzędowych oraz zabiegach pielęgnacyjnych. Natomiast starsi rodzice pomagają swym dzieciom w prowadzeniu gospodarstwa domowego, opiekują się wnukami, udzielają wsparcia finansowego, nierzadko udostępniają mieszkanie.

Z punktu widzenia funkcjonowania rodzin i gospodarstw domowych seniorów ważne jest też to, że najbardziej rozpowszechniony jest wśród nich model zamieszkiwania w pojedynkę, ale blisko swoich dzieci, tak aby mogli liczyć na ich pomoc w razie nagłych i trudnych zdarzeń. Chcą zachować samodzielność i samowystarczalność, ale jednocześnie mieć świadomość bliskości tych, na których w razie potrzeby mogą liczyć.

Prowadzone badania własne dotyczące rodzinnych zasobów do opieki i wsparcia dla seniorów pozwalają na wyróżnienie jeszcze jednej typologii rodzin osób starszych. Po przyjęciu kryterium realizowanych przez członków rodziny form wsparcia i opieki wobec seniorów możemy mówić o rodzinach:

- **samodzielnych** – osoby starsze w rodzinie są na tyle mobilne i sprawne, że ich funkcjonowanie w rodzinie i w szerszym środowisku wyznaczane jest ich potrzebami rozwojowymi, a funkcja rodziny sprowadza się do wspomagania seniorów w podejmowanych działaniach z obszaru aktywizacji społecznej i korzystania z oferty kierowanej do nich ze środowiska;
- **niesamodzielnych** – pojawienie się i pogłębianie potrzeb ponadpodmiotowych u najstarszych członków rodziny wymuszają konieczność uruchomienia wsparcia i opieki w pierwszej kolejności przez członków rodziny – opiekunów rodzinnych, którzy w swoich działaniach wspierani są przez profesjonalne służby zarówno socjalne – pracowników socjalnych i określoną gamę usług specjalistycznych – jak i służby medyczne, takie jak pielęgniarka środowiskowa i inne.
- **zależnych/uzależnionych** – stan zdrowia i możliwości psychofizyczne starszej osoby wymuszają konieczność

uruchomienia całodobowej profesjonalnej opieki medycznej lub/i socjalnej.

W przypadku ostatniej z przedstawionych sytuacji istnieją dwa rozwiązania – albo rodzina podejmuje wysiłek zabezpieczenia opieki potrzebującej osobie starszej, wykorzystując do tego środki własne, albo podejmuje decyzję o umieszczeniu jej w specjalistycznej stacjonarnej placówce opieki całodobowej. Wówczas rodzina także musi uruchomić środki własne, ale może liczyć na wsparcie ze strony specjalistycznych służb społecznych i socjalnych.

Współczesna rodzina, naznaczona zmianami transformacyjnymi, odzwierciedla w swojej strukturze przeobrażenia ogólnospołeczne, łącząc tradycję z nowoczesnością. Nie przypomina już wielopokoleniowej, tradycyjnej rodziny, w której wzajemne powinności były regulowane normami i zasadami z zewnątrz. Wzajemne relacje wewnątrzrodzinne obecnie bardziej opierają się na uczuciach, co wydaje się konsekwencją wyzwolenia się rodziny spod kontroli przepisów kulturowych i obyczajowych. Gwałtowny rozwój technologiczny, przekształcenia kulturowe i wysoki wzrost liczebności osób w wieku emerytalnym w ogólnej strukturze społeczeństwa nie tylko spowodowały wspomniane zmiany w obrębie struktury rodziny (między innymi zmniejszenie się wskaźnika wspólnego zamieszkiwania dorosłych dzieci z rodzicami i rodziców z dziadkami), lecz także doprowadziły do zaburzeń czynników integrujących rodzinę, jak również do rozluźnienia więzi międzygeneracyjnych. Rozwój cywilizacyjny przyniósł również stopniowy zanik obowiązków wynikających z pełnienia poszczególnych ról społecznych, w tym babci i dziadka (Synak 2002, s. 140). Ponadto redukcja kompetencji zawodowych, a nierzadko i rodzinnych, powoduje zachwianie pozycji i miejsca człowieka starszego w rodzinie, przyczyniając się tym samym do poczucia bezużyteczności wśród seniorów, które potwierdzane jest także przez zachowanie najbliższych (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006, s. 88).

Zgodnie z ostatnimi badaniami w ramach projektu PolSenior wyróżniono sześć dominujących form życia rodzinnego, wśród których wskazuje się na:

- osoby mieszkające samotnie – 18,2%;
- małżeństwa – 31,1%;
- małżeństwa mieszkające z dziećmi – 14,1%;
- rodziny złożone z osoby starszej i jej dzieci (respondent + dzieci) – 8,6%;
- małżeństwa mieszkające z dziećmi i wnukami – 9,9%;
- rodziny złożone z osoby starszej, jej dzieci i wnuków – 10,1%.

Stwierdzono istotne różnice między formami życia rodzinnego kobiet i mężczyzn. Kobiety najczęściej mieszkały samotnie, nieco rzadziej z małżonkiem lub – jako osoby samotne – z dziećmi i wnukami. Z kolei mężczyźni przede wszystkim żyli w związkach małżeńskich, mieszkając tylko z żonami. Kilkakrotnie rzadziej niż kobiety mieszkali z małżonkami i dziećmi lub z małżonkami, dziećmi i wnukami (Szatur-Jaworska 2012b, s. 422–423).

Badania, do których się odwołujemy, pozwoliły na dokonanie klasyfikacji najbardziej popularnych form życia rodzinnego seniorów. Przyjmując za kryterium wspólne zamieszkiwanie i stopień pokrewieństwa z osobami, z którymi dzieli się wspólne mieszkanie, wyróżniono jedno-, dwu- i trzypokoleniowe formy życia rodzinnego osób starszych. Formy jednopokoleniowe – to zamieszkiwanie samotne lub wyłącznie z małżonkiem. Tak mieszkało 54,2% osób należących do populacji w wieku 65 lat i więcej. Formy dwupokoleniowe to zamieszkiwanie małżeństwa lub samotnej osoby starszej z osobami należącymi do pokolenia ich dzieci (dzieci i ich małżonkowie). Tak żyło 17,1% badanych. Formy trzypokoleniowe to zamieszkiwanie osoby samotnej z dziećmi i wnukami lub małżeństwa osób starszych z dziećmi i wnukami. W rodzinach trzypokoleniowych mieszkało 20% badanych (Szatur-Jaworska 2012b, s. 423).

> Skład pokoleniowy rodzin, w jakich przebywali ludzie starsi, był niejednakowy w poszczególnych grupach wieku. Wśród osób, które nie przekroczyły 80. roku życia, przeważało zamieszkiwanie samotne lub tylko z małżonkiem, co określone zostało wcześniej jako jednopokoleniowa forma życia rodzinnego. Oczywiście pamiętać należy, że forma jednopokoleniowa zazwyczaj oznacza dla kobiet samotne zamieszkiwanie, a dla mężczyzn mieszkanie z żoną. W starszych grupach wraz z podwyższaniem się wieku rośnie znaczenie zamieszkiwania w formie dwupokoleniowej (z dziećmi), aczkolwiek blisko 1/3 90-latków mieszkało samotnie lub tylko z małżonkiem (Szatur-Jaworska 2012b).

Formy życia rodzinnego ludzi starych różnicują się zależnie od miejsca zamieszkania. W badaniach PolSenior stwierdzono, że im większa miejscowość, tym większy jest odsetek osób w starszym wieku mieszkających samotnie. Relatywnie najmniej osób starszych mieszka samotnie na wsi, a najwięcej w dużych miastach. Jednopokoleniowość (samotne zamieszkiwanie lub tylko z małżonkiem) jest typowo miejskim, a zwłaszcza wielkomiejskim, modelem rodzinnego funkcjonowania ludzi starych. Udział rodzin dwupokoleniowych jest podobny w różnych typach miejscowości, natomiast rodziny trzypokoleniowe wyraźnie częściej występują na wsi niż w miastach, zwłaszcza w dużych ośrodkach miejskich. Mimo zasadniczych przemian cywilizacyjnych utrzymują się tradycyjne różnice między modelami życia rodzinnego osób starszych na wsi i w mieście (Szatur-Jaworska 2012b, s. 425–426).

Wraz z utratą znaczenia osób starszych w życiu rodzinnym wzrasta rola stosunków pozarodzinnych. Obserwuje się i takie sytuacje, że w miejsce osób najbliższych, spokrewnionych, spowinowaconych wchodzą osoby obce, których nie łączy z seniorami pokrewieństwo krwi, a mimo to stają się one dla nich nową rodziną, gotową i otwartą do niesienia pomocy zarówno w sytuacjach codziennych, jak i nagłych, niespodziewanych zdarzeń losowych, wyrażającą aprobatę dla podejmowanych przez osoby starsze decyzji i zachowań.

3.1. Powtórne małżeństwa i związki partnerskie seniorów

W literaturze przedmiotu bardzo rzadko spotyka się informacje i doniesienia o powtórnych małżeństwach wśród seniorów bądź o innych alternatywnych związkach partnerskich, takich jak konkubinaty. Te formy życia małżeńskiego wśród seniorów są bardzo rzadkie, ale występują, i nie należy ich pomijać w prowadzonych dyskusjach i opisach. W doniesieniach dotyczących powtórnych małżeństw wśród seniorów odwołania dotyczą najczęściej danych statystycznych, rzadziej można spotkać pogłębione studia socjologiczne czy pedagogiczne obrazujące całą skomplikowaną naturę motywów, ale też skutków, głównie dla funkcjonowania rodzinnego, rodziny jako całości, układu zależności i odniesień tych zdarzeń.

Analizy małżeńskości skupiają się na osobach trzydziestoletnich, a to dlatego że to one stanowią większość małżeństw i mają decydujący wpływ na odnotowywaną liczbę urodzeń. Niewiele miejsca poświęca się seniorom, stanowią oni bowiem niewielki udział tej subpopulacji. Należy także nadmienić, że w przypadku analiz małżeńskości mówienie o nowożeńcach w starszym wieku oznacza koncentrację uwagi na osobach przekraczających 50. rok życia (Szukalski 2014) i/lub 60. rok życia (Kałuża 2010). Seniorzy to zbiorowość wyraźnie różniąca się od osób młodych na „rynku małżeńskim” i jednocześnie bardzo zróżnicowana ze względu na podstawową charakterystykę demograficzną (płeć, stan cywilny i miejsce zamieszkania). Wśród starszej ludności zdecydowanie częściej spotyka się małżeństwa, w których dla jednego bądź obojga nowożeńców jest to powtórny związek. Ponad 3/4 małżeństw występujących wśród seniorów to te powtórne. Najczęściej związki te tworzą osoby owdowiałe.

Małżeństwa zawarte przed 60. rokiem życia to więcej niż połowa małżeństw mężczyzn i prawie 2/3 małżeństw kobiet. Związki tworzone po 70. roku życia to 1/9 wszystkich tego typu małżeństw, związki po osiemdziesiątce to rzadkość. Łącznie w 2012 roku na 302,9 tys. małżeństw, z których 9690 składało się przynajmniej z jednego nupturienta[2] 50+, a 6352 – gdy warunek taki spełniało oboje nowożeńców, jedynie 373 mężczyzn i 57 kobiet miało ukończonych przynajmniej 80 lat (Szukalski 2014, s. 143).

Na powtórne małżeństwa częściej decydują się mężczyźni niż kobiety, z zaznaczeniem że mężczyźni wybierają partnerki w młodszym wieku, podczas gdy kobiety nowego partnera szukają wśród równolatków lub osób starszych.

Następnym zagadnieniem jest poziom homogeniczności związków małżeńskich seniorów z punktu widzenia stanu cywilnego. W przypadku osób starszych, które doświadczyły już małżeństwa, mamy do czynienia z bardzo wysoką skłonnością – szczególnie wdów i wdowców – do wyboru partnera o tym samym stanie cywilnym. Inaczej wygląda zagadnienie homogeniczności związku ze względu na stan cywilny wśród seniorów, którzy nigdy wcześniej nie doświadczyli małżeństwa. Panny po 60. roku życia częściej tworzą małżeństwa z wdowcami niż kawalerami i rozwodnikami, natomiast starzy kawalerowie znacznie częściej szukają partnerek, które nigdy jeszcze nie stanęły na ślubnym kobiercu. Z upływem lat widocznie podwyższa się poziom homogeniczności z punktu widzenia stanu cywilnego wśród nowożeńców, którzy swój poprzedni związek zakończyli rozwodem. W przypadku wdów i wdowców oraz panien i kawalerów skłonność seniorów do doboru partnera o tym samym stanie cywilnym z upływem lat znacznie się zmniejszyła (Kałuża 2010, s. 151).

Decyzja o powtórnym zawarciu związku małżeńskiego kształtuje się pod wpływem wzorców społecznych, osobistych doświadczeń i indywidualnych potrzeb jednostki. Należy jednak pamiętać, że w rzeczywistości na postanowienie o zawarciu

związku małżeńskiego rzutuje kilka motywów równocześnie (Kałuża 2010, s. 150), z zaznaczeniem że kluczową rolę dla tej decyzji pełnią doświadczenia i poziom satysfakcji z życia z poprzednim partnerem oraz sposób zamknięcia wcześniejszego związku.

Na różnych etapach życia podstawowa przesłanka podjęcia decyzji o ślubie jest inna. Motywy, dla których osoby 50+, 60+ decydują się na ponowny formalny związek, odnoszą się do życia emocjonalnego, uczuciowego, silnej potrzeby bycia w przestrzeni życia drugiego człowieka, ważnego i cenionego, oraz przyjmowania go we własną przestrzeń prywatności, emocji i intymności, wszystkie inne, jak się wydaje, traktować należy jako wtórne. Uznać bowiem należy, że formalizacja związku lub długie, wspólne zamieszkiwanie w związku nieformalnym są świadectwem występowania silnych i zaspokajanych potrzeb miłości, przynależności, akceptacji i bezpieczeństwa, bardzo wysoko cenionych w życiu ludzi starszych. Ponadto do motywów, dla których seniorzy zawierają powtórne związki formalne, poza czynnikami emocjonalnymi zaliczyć należy:

- stan zdrowia partnerów oraz jakość relacji rodzinnych i społecznych;
- przeciwdziałanie samotności i osamotnieniu;
- wsparcie w chorobie i pomoc w czynnościach dnia codziennego;
- wreszcie czynnik instrumentalny, odnotowany po utracie partnera – wzrost obciążeń finansowych wynikających z konieczności pokrywania w pojedynkę kosztów eksploatacji mieszkania i codziennego życia (stanowić może w wielu przypadkach bodziec do zawarcia kolejnego związku małżeńskiego).

Powtórne małżeństwo seniorów niesie za sobą cały wachlarz skutków, w wymiarze funkcjonowania zarówno jednostkowego/partnerskiego seniorów, jak i rodzinnego – pozostałych członków rodziny, dzieci i wnuków z poprzednich związków. W głównej mierze sfera wzajemnych relacji łączy się z

reakcją na powtórne małżeństwo rodzica. Stosunek najbliższej rodziny do tej decyzji może mieć dwojaki charakter i związany jest ze sposobem przeżywania żałoby, poziomem więzi, rodzajem istniejących relacji oraz sposobem delegowania zadań i zobowiązań wobec rodziny ze strony jej członków. Jeśli poszczególni członkowie rodziny nie oczekują od siebie nawzajem przedłużania trwania żałoby ani nasilenia związanych z nią emocji i przeżyć, to dzieci na ogół dobrze przyjmują nowy związek swojego rodzica. Patrzą z życzliwością na to, co się dzieje w jego późniejszym życiu. Nie każą mu pełnić żadnej roli zastępczej ani cierpieć za siebie. Rozumiejąc swoje cierpienie, rozumieją też cierpienie rodzica. Mało tego – powtórny związek rodzica jest dla nich dużą ulgą, bo nie muszą, przynajmniej przez jakiś czas, się nim opiekować.

Druga postawa charakteryzuje się negatywnym stosunkiem do decyzji rodzica o wstąpieniu w nowy związek. U dzieci pojawiają się problemy natury emocjonalnej, które wywołują wściekłość, gdy rodzic poznaje kogoś nowego. Jest to dla nich swoistego rodzaju zdrada pamięci zmarłego, nieobecnego rodzica, z którym byli mocno związani.

Zdarza się też, że negacja nowego związku wynika z czystego wyrachowania dzieci bądź wnuków: „oto jest nowy mężczyzna, który wprowadza się do babci, a przecież było ustalone, że to mieszkanie dostanie wnuczka”. Niestety rzeczywiście zdarzają się sytuacje, które potwierdzają słuszność obaw dzieci przed wykorzystaniem ich rodziców na tle majątkowym przez nowego partnera.

Zanim członkowie rodziny wyrażą swoją opinię na temat zawarcia powtórnego związku przez osobę starszą i podejmą określone działania, powinni najpierw mieć na uwadze przede wszystkim jej dobro i szczęście. Poza tym trzeba pamiętać, że nie jest ona dzieckiem i przysługuje jej prawo do decydowania o sobie. Podejście rodziny powinno zakładać autonomię ludzi starszych, rozumianą jako zachowanie przez nich samodzielności, suwerenności w podejmowaniu decyzji o sposobie życia na określonym etapie starości.

Istnieją pewne specyficzne trudności, które mogą się pojawić przy próbie ułożenia sobie satysfakcjonującego życia intymno-emocjonalnego przez ludzi w późnej fazie dorosłości. Jedne wynikają z tego, że potrzeby szacunku, bezpieczeństwa i przynależności odczuwane są przez ludzi starszych znacznie silniej niż w poprzednich okresach życia, tymczasem ich rodziny ograniczają im samodzielne podejmowanie decyzji, przejmują ich role bądź wyręczają w czynnościach, które mogliby wykonywać sami. Bardzo często to inni decydują, co jest dla osób starych dobre i właściwe. Oczywiście bywają sytuacje, w których takie postępowanie jest słuszne, bo senior nie zawsze potrafi samodzielnie podjąć decyzję. Jednak w wielu przypadkach sformułowanie „to dla ich dobra" jest po prostu nadużywane. Osoby starsze na ogół nie życzą sobie narzucania im czegoś ani uzależniania. Jednocześnie nie chcą także być zaniedbywane ani ignorowane. Emocjonalne wsparcie udzielane starszym rodzicom jest ważniejsze dla ich psychicznego dobrostanu od wsparcia finansowego. Świadomość, że ma się wokół siebie bliskie osoby, które mogą udzielić wsparcia, jest niezwykle istotna. Ważne jest przy tym, aby nie mylić wsparcia ze zbyt głębokim ingerowaniem w prywatność. Potrzeba niezależności w starości nie jest kategorią uniwersalną.

I jeszcze jedno – bardzo istotne z punktu widzenia jakości życia w starości i pomyślnego starzenia się – jak dowodzą polskie badania, seniorzy będący w związkach małżeńskich żyją dłużej niż równolatki stanu wolnego, charakteryzują się lepszym stanem zdrowia i niższym wskaźnikiem korzystania z opieki instytucjonalnej (Kałuża 2010, s. 153).

Dowodzą ponadto, że dla ludzi osiągnięcie 50, 60, 70 czy więcej lat życia nie oznacza zaniku potrzeb emocjonalnych ani rezygnacji z prób mających na celu stabilizację życia uczuciowego. Powtórne małżeństwa seniorów to rodzaj manifestacji własnej aktywności w obronie swojej suwerenności, a także odwaga i prawo do układania sobie życia z odpowiednią osobą i w taki sposób, aby przebiegało ono szczęśliwie i pomyślnie.

3.2. Rola babć i dziadków w funkcjonowaniu rodzin

Rola babci/dziadka pozostaje jednym z niewielu normatywnych wydarzeń środkowej dorosłości, ale dzisiejsi dziadkowie są bardzo zróżnicowani pod względem wieku i cech opisujących tę rolę i wchodzących w jej skład. Zmieniająca się struktura rodziny wpływa na zmianę pełnionych w niej ról, a także sposobów oraz rodzajów budowanych i podejmowanych relacji. Bycie babcią/dziadkiem oznacza mieć wnuki i wchodzić w bardzo ważne role społeczne i rodzinne, co jest niezależne od osobistych wyborów seniorów, a stanowi rezultat rozwoju rodziny i naturalnego następstwa pokoleń. Odbywa się to stopniowo i polega na uczeniu się nowych obowiązków i uprawnień oraz zaakceptowaniu swojej nowej pozycji w rodzinie.

Zmiany demograficzne, społeczne i kulturowe, ekonomiczne czy w ogóle szeroko pojmowany rozwój cywilizacyjny przyniosły zmianę wizerunku babci/dziadka, głównie ze względu na zmianę i rozszerzenie zadań opisujących tę rolę i wchodzących w jej skład, jak również szersze spektrum podejmowanych przez dziadków ról. Na zmiany w sposobach realizowania ról babci/dziadka mają wpływ:

- uwarunkowania makrostrukturalne o charakterze biologiczno-demograficznym, takie jak wydłużenie okresu życia i towarzyszące temu wydłużenie się czasu zachowania wysokiej sprawności funkcjonalnej i psychofizycznej dziadków;
- czynniki społeczno-kulturowe, takie jak: ewolucja obyczajów i sposobu postrzegania zadań wynikających z roli babci/dziadka, ale też pozycji społecznej osób starszych, migracja, wzrost poziomu wykształcenia osób starszych, ich aktywność zawodowa i aktywizacja społeczna, aktywizacja zawodowa kobiet;

- czynniki rodzinne, a wśród nich: linia pokrewieństwa, struktura rodziny, wiek i stan zdrowia dziadków, wiek wnuków, status zawodowy rodziców, miejsce i sposób zamieszkiwania, częstotliwość i charakter kontaktów wnuków z dziadkami, poczucie zadowolenia lub niezadowolenia z życia osób starszych oraz ich stanu psychofizycznego, wreszcie pozycja seniora w rodzinie i zgoda lub ewentualnie jej brak na podjęcie i pełnienie roli babci/dziadka.

Osoby starsze podejmujące rolę babci/dziadka różnią się w sposobach jej realizacji. Uwzględniając sposób, w jaki dziadkowie wchodzą w kontakty z wnukami, H. Bee wyróżnia trzy typy związków:

- Zaangażowany (opiekuńczy), w którym dziadkowie aktywnie uczestniczą w opiece i wychowaniu wnuków, wchodzą w role rodziców, a nawet ich zastępują. Czasem relacja taka ma charakter odroczonego rodzicielstwa.
- Zdystansowany (dziadkowie w roli dalekich krewnych), w którym dziadkowie przyglądają się z dystansu wychowaniu wnuków, ich wzajemne kontakty są raczej chłodne i przyjmują postać okolicznościowych, dziadkowie są emocjonalnie wyizolowani i zajęci własnymi sprawami. Najczęściej ten typ odnosi się do babć i dziadków w zaawansowanym wieku.
- Towarzyski (dziadkowie – towarzysze) – tworzą go dziadkowie budujący ciepłe relacje ze swoimi wnuczętami. Kochają oni wnuki, poświęcają im dużo czasu, często je rozpieszczają, ale nie podejmują związanych z opieką nad dziećmi obowiązków, nie zastępują rodziców. Rola dziadków, choć ważna dla nich, nie jest jedyną ani centralną, na której budują swoje życie. Starają się zachować korzystną dla rozwoju swojego i wnuków równowagę między troską o siebie a troską o młodsze pokolenia. Najczęściej są to młodzi dziadkowie obu płci (Bee 2000, s. 513).

Bardzo interesującą i poszerzoną typologię roli babci proponuje Irena Rybczyńska. Znalazły się w niej:

- Babcia matkująca – to kobieta, która nie wie, jak być babcią, ale wie, jak być matką, wchodzi więc w dobrze sobie znane role.
- Babcia obojętna – nie przyjmuje do końca roli babci, nie odczuwa potrzeby przebywania z wnukami ani włączania się w proces ich wychowania czy opieki, jest skupiona na sobie i swoich sprawach.
- Babcia wyemancypowana – zwykle to babcia czynna zawodowo i samorealizująca się na różnych płaszczyznach, dla niej jesień życia jest drugą młodością, kocha swoje wnuki, ale nie ma dla nich czasu.
- Babcia w pretensjach – trudno się jej pogodzić z nową rolą i ją przyjąć. Ukrywa fakt, że jest już babcią, rozpaczliwie stara się wyglądać młodo, nie pozwala się nazywać babcią, szczególnie przy obcych.
- Babcia normalna – z radością przyjmuje fakt zostania babcią, wnuki obdarza miłością, czułością i sercem, ale stara się nie wchodzić w kompetencje rodziców, choć chce uczestniczyć w wychowaniu i życiu swoich wnuków.
- Babcia entuzjastka – nie chce udawać matki ani nikogo innego, wkłada całą miłość i czułość w kontakty z wnukami, często je rozpieszcza.
- Babcia wszechmatka – to kobieta, u której instynkt macierzyński góruje nad wszystkimi innymi, jej serce jest przepełnione miłością, chciałaby obdarować nią najbardziej tych, którzy potrzebują uczucia, jest jak bezpieczna przystań.
- Babcia dyspozycyjna – wygodna dla swoich dzieci, zawsze pojawia się wtedy, gdy jest potrzebna, przedkłada potrzeby dzieci i wnucząt nad własne, zawsze można na nią liczyć.
- Babcia męczennica – ze wszystkich czynności składa ofiarę na ołtarzu miłości, chętnie opiekuje się wnukami, ale robi z siebie męczennicę.

- Babcia dyktator – decyduje o wszystkim i za wszystkich, jej dyktatorski styl bycia jest regulatorem funkcjonowania całej rodziny, wszyscy poddawani są swoistej tresurze i bez szemrania wykonują polecenia (Rybczyńska 1994).

Dokonanie typologii ról babci z pominięciem adekwatnych ról dziadka wskazuje na różnice między nimi. Poza płcią dotyczą one także: sekwencji wchodzenia w rolę i długości bycia w niej, częstotliwości, charakteru i siły wpływu na wnuki, treści, czyli koncentracji na odmiennych aspektach roli w przekazie międzypokoleniowym.

Tabela 8. Różnice między rolą babci i dziadka

	Babcia	Dziadek
Długość okresu bycia w roli	Dłużej, towarzyszenie wnukom na kolejnych etapach rozwoju do dorosłości	Krócej, rzadko dożywa dorosłości swoich wnucząt
Siła wpływu na wnuki	Większy wpływ, szczególnie na wnuczki, feminizacja związków rodzinnych	Mniejszy wpływ, często zapośredniczony przez babcię
Nowy aspekt roli	Opieka i kontakt z wnukami razem z dziadkiem	Bycie dziadkiem jako nowe doświadczenie, aktywne pełnienie roli, która staje się ważnym źródłem życiowej satysfakcji
Centralny element	Koncentracja na związkach interpersonalnych, bycie źródłem miłości i zrozumienia	Służenie radą dotyczącą nauki, pracy, finansów, bycie źródłem wiedzy, mądrości i doświadczenia

Źródło: Appelt 2007, s. 79–95.

Coraz powszechniejszy model rodziny wielopokoleniowej stwarza okazję do rozwinięcia bliższych i pozytywnych międzygeneracyjnych relacji sprzyjających budowaniu znaczącego wpływu na wnuków i dziadków. Oddziaływanie dziadków na wnuki jest silniejsze, jeśli ci pierwsi są aktywnie zaangażowani i postrzegają rolę babci/dziadka jako jedną z centralnych dla swojej koncepcji siebie (*self concept*). Dzieciństwo z dziadkami wpływa na to, jak wnukowie jako dorośli będą postępować w stosunku do

własnych wnuków. Dziadkowie, którzy wierzą, że mają wpływ na życie swoich wnuków, i pełnią aktywniejszą w nim rolę, doświadczają częstszych kontaktów z nimi i wyższej jakości relacji, nierzadko mają realny wpływ na ich życiowe decyzje i wybory, kluczowe dla całego ich życia.

Znaczenie dziadków dla rozwoju wnuków wyraża się między innymi w tym, że:

- scalają rodzinę, stanowią źródło mądrości życiowej, pokazują sens opierania swego życia na istotnych wartościach, pomagają odkryć sens życia i formować tożsamość;
- ukazują ciągłość rodziny, powiązanie między jej przeszłością a teraźniejszością, są źródłem poczucia zakorzenienia i ciągłości pokoleniowej, stają się naturalnymi nauczycielami historii, dbają o pielęgnowanie rodzinnych tradycji;
- zabiegają, by zachować rodzinę jako całość;
- pomagają rodzicom w wychowaniu dzieci i opiece nad nimi, a także często udzielają wsparcia instrumentalnego i rzeczowego, np. w trudnej sytuacji finansowej;
- są źródłem wsparcia, bliskości i bezwarunkowej akceptacji dla wnuków, negocjatorami w sporach z rodzicami, pomagają dzieciom zrozumieć zachowanie rodziców.

Relacje międzypokoleniowe mają ogromne znaczenie dla funkcjonowania i rozwoju obu ze stron, zarówno wnuków, jak i dziadków. I jedni, i drudzy są dla siebie punktem odniesienia w tworzeniu nowych wartości, poszerzających ich wzajemną płaszczyznę aksjologicznego bycia i stawania się. Jak pisze Jolanta Maćkowicz:

> Doświadczenie, będące rezultatem zaangażowania dziadków w wychowanie wnuków, kształtuje szczególny rodzaj więzi, korzystnej dla obu stron. Jest to skarb cenny zarówno dla wnuka, bowiem wszystkie wartości moralne i edukacyjne uzyskane od dziadków pozostają w nim i procentują w życiu dorosłym, ale także dla starszego pokolenia, które czerpie również z tych relacji energię, świeżość oraz bogactwo różnorodnych przeżyć i wzruszeń (2014, s. 68).

Dziadkowie i wnuki stanowią i budują wspólny obszar aktywności, w której centralne znaczenie ma budowanie koncepcji siebie w teraźniejszości dla przyszłości. To właśnie w tych relacjach i wspólnych działaniach odzwierciedla się znaczenie dziadków dla rozwoju wnuków i wnuków dla rozwoju i wtórnej socjalizacji dziadków. To relacja o charakterze sprzężenia zwrotnego, której znaczenia i wartości przecenić się nie da.

4. Partnerstwo i seksualność seniorów

Partnerstwo z założenia jest długotrwałym związkiem dwojga osób, które łączy przeszłość, wspólnie planują swoją przyszłość i dzielą troski życia codziennego. Nie jest obecnie w Polsce już niczym zaskakującym, że dwoje ludzi obchodzi jubileusz pięćdziesięciolecia wspólnie spędzonych lat, a jeszcze niespełna 150 lat temu średni spędzony wspólnie czas małżonków oscylował w okolicy 23 lat. Jednak w starości związki mogą się także tworzyć – szukanie osoby, z którą pragnie się spędzić kolejne lata życia, jest zjawiskiem naturalnym, a jego specyfikę warunkują nie tylko cechy osobowościowe seniorów, lecz także sytuacja kulturowa środowisk, w których funkcjonują. Związki w starości mają także charakter nieformalny, szczególnie w Europie Zachodniej obserwuje się wzrost relacji typu *living apart together*, czyli tworzenia związku bez zamieszkiwania razem, opartego na wspólnie podejmowanych aktywnościach na wielu obszarach życia codziennego. Związek taki w założeniu daje dużą swobodę działania, a jednocześnie gwarantuje stałe zaangażowanie emocjonalne, którego katalizatorem ma być reglamentowany, wspólnie spędzany czas.

Partnerstwo, najczęściej przybierające postać małżeństwa, wymaga wspólnego działania, podejmowania decyzji, trwania w trudnych sytuacjach i dzielenia się radościami życia codziennego. Według danych statystycznych (Rocznik Statystyczny RP 2013) w Polsce w ostatnich latach zawiera się ponad 200 tys. małżeństw rocznie. W poprzednim stuleciu związki małżeńskie zawierało więcej par. W latach 70. było ich ponad 300 tys. rocznie. W przypadku osób starszych trwanie w związku oznacza także ryzyko nagłego rozstania, często po wieloletnim związku. To kobiety w większym stopniu narażone są na wdowieństwo czy ewentualne opuszczenie przez partnera. W Polsce rokrocznie od kilku lat udziela się około 65 tys. rozwodów. W dłuższej perspektywie

widoczna jest jednak tendencja wzrostowa, gdyż w ostatnich dekadach poprzedniego stulecia liczba ta oscylowała wokół 40 tys., a jeszcze wcześniej, po drugiej wojnie światowej, nie przekraczała 10 tys. Analizując te dane, należy jednak wziąć pod uwagę także wzrost liczby mieszkańców Polski. Od niespełna 24 mln po drugiej wojnie światowej do ponad 38 mln na początku nowego milenium po dzisiaj. Głównie ze względu na wydłużającą się średnią długość życia człowieka obecnie małżeństwa osób starszych trwają coraz dłużej, w przeciwieństwie do związków młodych osób, które z większą łatwością je przerywają. W dodatku najwięcej rozwodów odnotowuje się w kilka lat po zawarciu związku. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego (Rocznik Demograficzny 2014) za rok 2013 wynika, że im dłużej małżeństwo trwa, tym mniejsze jest ryzyko jego przerwania. Po 25 latach jest ponad trzykrotnie mniej rozwodów niż w pierwszych czterech latach pożycia małżeńskiego. Długotrwałe związki partnerskie w starości to związki ze wspólną przeszłością, z przyjemnymi wspomnieniami i z trudnymi wspólnymi doświadczeniami. Lidia Cierpiałkowska przekonuje, że

> [...] szczególnie boleśnie partnerzy doświadczają tego, że w miłości pozostają oddzielnymi osobami, które nie stanowią wyidealizowanej w okresie przedmałżeńskim jedności. Odmienne poglądy i upodobania partnera budzą najpierw zdziwienie, a potem złość i niechęć. Pojawia się obawa przed dominacją i pokonaniem, która może się przyczynić do wszczynania przez małżonków kłótni i sporów. Z lęku przed koniecznością podporządkowania się jedno z nich nie chce i nie może ustąpić drugiemu (2006, s. 199).

Badaczka twierdzi, że już na etapie przystosowania się partnerów w związku oraz w okresie realizacji i rozwoju małżeństwa dochodzi do prób zmierzenia się z trudnościami, wyrażającymi się w antynomiach: autonomia – zależność, bliskość – dystans czy wspólnota – odrębność. Próbami siły związku stają się wyzwania wynikające z pełnienia nowych ról, np. rodzicielskich, co wiąże się z włączeniem potomstwa do dotychczas zarezerwowanej wyłącznie dla obojga rodziców sfery

uczuć i zaangażowania. Przychodzi w końcu czas stawić czoła kryzysowi wieku średniego. Do oznak starzenia się, które skłaniają do refleksji nad własnym życiem i jego sensem, do bilansowania życia z perspektywą ograniczonych, ale jeszcze szerokich perspektyw zmiany i możliwości osiągnięcia większej satysfakcji życiowej, nadrobienia strat, dochodzą nowe role rodzinne (dzieci się usamodzielniają), społeczne (np. w środowisku lokalnym), a w nieodległej przyszłości także przełomowy moment zaniechania pracy zawodowej. Wydarzenia graniczne, takie jak przejście na emeryturę, śmierć bliskich osób, choroba i sama świadomość zbliżającej się śmierci, wystawiają na kolejne próby długoletnie związki. Te wzmocnione wspólną historią życia w późnej dorosłości cechuje zaufanie, stabilizacja, spokój, zrozumienie, lojalność i przyjaźń. Są też związki toksyczne, bez miłości, utrzymywane w obawie przed samotnością, trwające z przyzwyczajenia, bez angażowania się w nowe role i z ignorowaniem potrzeb innych. W późnej dorosłości rozpadają się małżeństwa wskutek dojrzewającej przez lata decyzji, nieradzenia sobie z problemami starości własnej bądź partnera czy też w wyniku pojawiających się nowych problemów, zadań. Zagrożenia przerwania związku, szczególnie w okresie przechodzenia małżonków na emeryturę, są całkiem realne i odnoszą się przede wszystkim do trudności wynikających właśnie ze zmiany trybu życia po przejściu w stan spoczynku. Problemem może stać się także obowiązek opieki nad małżonkiem. Jednak samotność seniorów, a w szczególności pań, częściej jest konsekwencją wdowieństwa aniżeli rozwodów.

Wspólna przeszłość wiąże i sprawia, że partnerzy znają się dobrze, swoje mocne strony i słabości, akceptują się nawzajem, są dla siebie przewidywalni. Poznanie siebie pomaga w wielu złożonych sytuacjach, łatwiej wtedy o wyrozumiałość, wybaczenie, wsparcie, ale istnieje konieczność jednoczesnego ciągłego poznawania swojego partnera. W takich relacjach łatwiej odpowiedzieć na potrzeby i oczekiwania partnera, a związek cementuje zaufanie oraz umożliwia rozmawianie na wszystkie tematy i skonfrontowanie się z każdą sytuacją. Z drugiej jednak strony do codzienności wdziera się monotonia i coraz mniej

optymistyczne spojrzenie na wspólną przyszłość, co grozi frustracją, obniżeniem poczucia własnej wartości, depresją, dochodzić mogą do tego nierozwiązane problemy z przeszłości bądź kontrowersyjne wydarzenia. Każdą generację seniorów tworzą osoby wychowane i spędzające swoją młodość w innych realiach niż te, w których przychodzi im żyć na starość. Trudności adaptacyjne w konfrontacji z odmiennym od współcześnie lansowanego stylem życia powodują także trudności w odbiorze społecznym przez inne pokolenia i w relacjach z nimi. Tradycyjne rozumienie małżeństwa może być utożsamiane z dominacją mężczyzny w związku, z podziałem ról w gospodarstwie domowym od lat przypisanych mężczyznom i kobietom itp. Trudno w takim przypadku oczekiwać, w szczególności od kobiet, wyrastających z tradycyjnego stylu wychowania, brania udziału w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku, prowadzenia wspólnych rozmów o problemach seksualnych, zmiany sposobu odżywiania, zaangażowania się w działalność wolontaryjną itp. Niewątpliwie dla samych małżonków potencjał czasu, którym dysponują po przejściu na emeryturę, może być szansą na zbliżenie, na wspólne działania, na zacieśnienie relacji, pielęgnowanie miłości. Jednak bez względu na wiek proces zakochiwania się wygląda analogicznie – zjawiska fizjologiczne i psychiczne są niezależne od wieku.

4.1. Zmiany biopsychiczne w późnej dorosłości

Okres późnej dorosłości obfituje w wiele napięć wiążących się z regresyjnymi zmianami organizmu. Pojawiające się wówczas niedomagania, ograniczenia i nierzadko choroby oddziałują niekorzystnie na stan psychiczny jednostki, a tym samym wyznaczają sposób postrzegania samego siebie, a także najstarszej generacji przez innych. Wyjątkowymi przykładami takiego kryzysu, a jednocześnie kolejnymi krokami rozwojowymi na linii życia są menopauza i andropauza, pierwsza dotycząca kobiet, druga – mężczyzn. Klimakterium, termin greckiego pochodzenia, oznacza kolejny szczebel drabiny, czyli przejście do nowej fazy życia kobiety. Menopauza jest granicą płodności. W dużym uproszczeniu oznacza ona zmiany o charakterze neurohormonalnym, które mogą podnosić ryzyko zachorowalności kobiet na określone choroby związane z układem krwionośnym, nerwowym i kostnym.

> Okres menopauzy dla wielu kobiet oznacza pojawienie się szeregu mniej lub bardziej typowych objawów, takich jak uderzenie gorąca, bezsenność, zmiany nastroju, miejscowe zmiany fizjologiczne w narządach płciowych [...]. Warto nadmienić, iż większość tych dolegliwości (głównie uderzenie gorąca i bezsenność) łagodnieje po zakończeniu okresu menopauzy (Kijak 2013, s. 56–57).

Zapobieganie tym dolegliwościom odbywa się głównie przez terapię hormonalną, dzięki której zachodzą korzystne zmiany w libido, a na jakości zyskuje życie seksualne. Jednocześnie hormonalna terapia zastępcza wzmacnia układ kostny – zapobiega osteoporozie i zmniejsza ryzyko złamań.

Odpowiednikiem menopauzy u kobiet jest przeżywana przez mężczyzn andropauza. Oznacza ona procesy inwolucyjne zachodzące w męskim organizmie, związane ze zmianami

hormonalnymi, spadkiem potencji i wydolności organizmu, występujące po około 50. roku życia.

Zmiany w obszarze biologicznym łączą się ze zmianami w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Wyróżnić można specyficzne symptomy andropauzy i menopauzy, których przyczynami są hormonalne i histologiczne zmiany w układzie rozrodczym. Objawy fizyczne oznaczają spadek energii, dochodzi do redukcji masy tkanki mięśniowej i kostnej, istnieje ryzyko powstania osteoporozy, zauważalny jest natomiast przyrost tkanki tłuszczowej, zmęczenie i osłabienie organizmu. Dysfunkcje seksualne przejawiają się unikaniem kontaktów seksualnych, niejednokrotnie są wzmacniane świadomością spadku własnej atrakcyjności i sprawności fizycznej. Jest to konsekwencja obniżonego libido, zmian ejakulatu oraz zmniejszonej częstości orgazmów. Natomiast symptomy emocjonalne (psychologiczne) przejawiają się zmianami nastroju, koncentracji, motywacji i pamięci. Występuje drażliwość, lęki, bezsenność, a nawet depresja (Hanć, Komorowska, Ziółkowska 2007).

Z fizycznością i zmianami o podłożu hormonalnym zachodzącymi wraz z wiekiem w organizmie każdego człowieka nierozerwalnie wiąże się jego seksualność, o której jednak mówi i pisze się niechętnie, zwłaszcza w odniesieniu do osób starszych. Zapomina się przy tym, że seksualność to wrodzona, naturalna funkcja organizmu człowieka i jeden z zasadniczych czynników motywujących do podejmowania więzi i kontaktów interpersonalnych, mający wymiar biologiczny, psychiczny, społeczno-kulturowy i hedonistyczny.

4.2. Aktywność seksualna

Człowiek jest istotą seksualną przez całe życie. Także starość jest etapem życia, na którym popęd seksualny nie musi zanikać. Zdolności i potrzeby seksualne uwarunkowane są indywidualnymi cechami człowieka i jego biografią. Odkąd aktywność seksualna zaczęła być postrzegana jako obszar życia intymnego wychodzący poza możliwości prokreacyjne, stało się oczywiste, że na każdym etapie może pełnić funkcje daleko bardziej złożone i dużo szersze. Seks jest ogniwem łączącym dwoje ludzi. Zbliża, spaja związek, pozwala poznać partnera, budować zaufanie, wzmacniać więzi uczuciowe, bez względu na wiek partnerów. Satysfakcjonująca aktywność seksualna podtrzymuje sprawność fizyczną, daje poczucie przyjemności, wpływa pozytywnie na samopoczucie. Większość aktywnych seksualnie seniorów czerpie radość i siłę z kontaktów seksualnych, które mogą być satysfakcjonujące nawet w sędziwej starości (Fabiś, Fabiś 2008).

Od niedawna seksualność osób starszych jest obiektem zainteresowań badaczy. Wynika to głównie z faktu, że starość do niedawna postrzegana była jako okres życia jej pozbawiony. To między innymi wskutek braku zainteresowania tą tematyką wciąż funkcjonuje wiele mitów i stereotypów związanych z seksualnością seniorów.

Nie należy pomijać także tego, że istnieje grupa przyczyn, która znacząco utrudniała badanie seksualności osób starszych. Do najczęstszych problemów z tym związanych zaliczyć należy:

- Efekt kohorty – starsi ludzie byli wychowywani w mniej tolerancyjnych i liberalnych czasach i nie są przyzwyczajeni do mówienia na tematy dotyczące seksualności.
- Niechęć osób starszych do wypełniania ankiet dotyczących seksualności. Stąd też wcześniejsze próby badawcze mogły dostarczać mniej informacji nie tyle z powodu uboższego

życia seksualnego badanych, ile z braku chęci opowiadania o nim.

- Trudności z jednoznacznym dookreśleniem, co uznajemy za seks. Czy jest to tylko stosunek z penetracją, jak to się zwykle utarło sądzić, czy składają się na niego też inne intymne czynności i zachowania. Warto przy tym zauważyć, że ludzie starsi aktywni seksualnie deklarują ogólnie dużą satysfakcję ze wszystkiego, czemu się oddają.
- To, że kobiety żyją dłużej, dlatego ich możliwości heteroseksualnych kontaktów zmniejszają się, a aktywność seksualna może ustać nie z powodu braku zdolności czy chęci, ale wskutek braku odpowiedniego partnera (por. Stuart-Hamilton 2006, s. 157–158).

Mimo tych trudności aktywność seksualna osób w podeszłym wieku coraz częściej staje się atrakcyjnym przedmiotem badań wielu dziedzin nauki. Szczególnie szerokie badania zrealizowano w Stanach Zjednoczonych i wybranych krajach Europy Zachodniej. I choć specyfika kultur, w których zostały one przeprowadzone, nie pozwala uogólniać ich wyników na inne populacje (szczególnie różnych ze względów politycznych, historycznych czy religijnych), w tym na polskich seniorów, to z uwagi na nieliczne jeszcze dane o życiu seksualnym polskich seniorów i by te istniejące można było porównać, zasadne wydaje się ich przedstawienie i poddanie refleksji. Bernard D. Starr i Marcella B. Weiner (1982) po analizie badań przeprowadzonych na próbie ponad tysiąca osób po 60. roku życia doszli do wniosku, że dla seniorów seksualność jest bardzo ważnym aspektem funkcjonowania. Z badań tych wynika też, że 97% sześćdziesięciolatków i siedemdziesięciolatków oraz 93% osiemdziesięciolatków deklaruje, że nie tylko myśli o seksie, lecz także za nim tęskni (za: Wingchen 2004). Zaprzestanie aktywności seksualnej w starości wiąże się częściej z utratą partnera (wdowieństwo) niż z wyborem czy niemożnością. Co do ostatniego przypadku należy podkreślić, że zaburzenia seksualne w starości pozostają często nieleczone, co jest konsekwencją

zarówno niedostrzegania, jak i lekceważenia problemu przez służby medyczne.

Aktywność seksualna dla osób starszych może być istotnym elementem życia. Wiele z nich pozostaje czynnych seksualnie, szczególnie jeśli na poprzednich etapach rozwojowych seksualność pełniła w ich życiu dużą rolę. Już przed ponad trzema dekadami Edward. M. Brecher (1984) opublikował badania, z których wynika, że wśród osób powyżej 70. roku życia ponad 65% kobiet i 79% mężczyzn potwierdza swoją aktywność seksualną. Z badanej próby sześć na dziesięć kobiet i trzy czwarte mężczyzn odczuwa satysfakcję związaną z aktywnością seksualną (za: Cichocka 2006a). Szwajcarskie badania z początku XX wieku (Bucher 2001) wskazują na bardzo wysoki odsetek siedemdziesięciolatków wyrażających zainteresowanie seksualnością – kobiety najczęściej deklarowały je w stopniu średnim, mężczyźni zaś – silnym. Z tej grupy 80% mężczyzn i 50% kobiet wyraża przy tym wyraźnie swoje oczekiwania i fantazje erotyczne (za: Fooken 2005).

Badania biograficzne przeprowadzone przez Kirsten von Sydow (1992) wykazują znaczne obniżenie aktywności seksualnej kobiet po siedemdziesiątce. Autorka szacuje, że do czynnych seksualnie kobiet zaliczyć można jedną trzecią ich populacji, potwierdza także, iż dwie trzecie kobiet zaangażowanych seksualnie czerpie przyjemność ze współżycia i osiąga orgazm. Badaczka wyciąga także wnioski z wywiadów, że większość starszych kobiet życzyłaby sobie erotycznych kontaktów, jednak wyklucza jednocześnie możliwość ponownego wyjścia za mąż. Inne badania (Kivela, Pahkala, Honkakoski 1986) określają jeszcze mniejszy odsetek aktywnych seksualnie siedemdziesięciolatków – 22% mężczyzn i 5% kobiet (za: Cichocka 2006a).

Specyfika problemów seksualnych w starości wymaga od samych seniorów podejmowania działań, które pozwoliłyby poprawić jakość ich pożycia. Jak w wielu innych aspektach życia to przygotowanie, profilaktyka i dbałość o siebie w ciągu całego życia będą kluczowymi determinantami satysfakcji seksualnej na starość.

Wysoka satysfakcja z życia seksualnego jest przede wszystkim domeną osób często odbywających stosunki płciowe i, co może dziwić, osób najstarszych (Cichocka 2006a). Współcześnie, gdy długość życia stale i dynamicznie rośnie, statystycznie każde pokolenie żyje dłużej, a kondycja psychofizyczna ludzi w późnej dorosłości się poprawia, problem seksualności na ostatnim etapie życia przybiera na znaczeniu. Postępy medycyny pozwalają współcześnie wspomóc życie intymne.

> W ostatnich latach coraz częściej ludzie starzy korzystają z terapii substytucyjnej polegającej na wstrzykiwaniu hormonów z grupy testosteronu. Efekty według endokrynologów i geriatrów są pozytywne, przy czym celem jest nie tyle poprawa libido, co zapobieganie osteoporozie. Efektem terapii jest także poprawa sprawności psychicznej, w tym pamięci. U wielu leczonych wzmaga się zainteresowanie seksem, a także poprawia zdolność do aktywności (Kowalewska, Jaczewski, Komosińska 2005, s. 21).

Seniorzy mają także szeroki wybór protez czy środków farmakologicznych wspomagających potencję. Farmakologia dodatkowo wsparła osoby z zaburzeniami seksualnymi przełomowymi w tej dziedzinie lekami. Były to głównie środki wzmacniające erekcję, takie jak sildenafil (Viagra), tadalafil (Cialis) czy vardenafil (Levitra). W konsekwencji osoby przekraczające okres przekwitania wyposażone zostały w medykamenty wspierające aktywność seksualną – coraz efektywniejsze i o szerszym spektrum działania.

Podejmując tematykę seksualności osób starszych, należy zwrócić uwagę na niewątpliwą różnorodność w samej grupie seniorów. Zasadne wydaje się odróżnienie wśród osób, które przechodzą na emeryturę, tych, które dopiero wkraczają w starość, od tych w tzw. sędziwej starości, gdyż nie tworzą one razem homogenicznej grupy. Niestety nie jest to łatwe, gdyż wiele danych – upraszczając problem – obejmuje przedstawicieli najstarszej części społeczeństwa w kategorii (najczęściej) 65+.

Na aktywność seksualną seniorów wpływają przede wszystkich cztery scharakteryzowane poniżej czynniki:

- częstotliwość kontaktów płciowych we wcześniejszych fazach życia, aktywność seksualna w cyklu życia;
- zdrowie, kondycja fizyczna i psychiczna;
- czynniki psychologiczne;
- uwarunkowania społeczne.

Osoby, które w ciągu całego swojego życia wykazywały wysoką aktywność seksualną, także w okresie późnej dorosłości w mniejszym stopniu ją redukują. Andrzej Jaczewski tak tłumaczy gotowość do aktywności seksualnej osób starszych:

> Jest to cecha czysto indywidualna, tak jak w ogóle nasilenie popędu seksualnego przez całe życie. Są w granicach normy ludzie, którzy przez całe życie, od wczesnej młodości wykazują bardzo silny popęd. Są to ci, dla których seks jest wielką wartością i której to aktywności seksualnej poświęcają wiele uwagi i praktycznego działania. Są też inni – rozkład jest zawsze wedle krzywej Gausa – dla których seks nigdy nie stanowi wielkiego problemu, a ich aktywność jest mała, niekiedy śladowa. I tak już pozostanie w starości (2006, s. 39).

Ważną rolę w odczuwaniu satysfakcji z życia seksualnego pełnią także kondycja fizyczna i ogólny stan zdrowia. Nie bez znaczenia jest wpływ wielu chorób, których jednoczesne występowanie charakteryzuje ostatni etap życia człowieka. Kłopoty z poruszaniem się, wpływ lekarstw na libido oraz problemy specyficzne dla danej płci (problemy z erekcją u mężczyzn czy niewystarczająca lubrykacja pochwy u kobiet) mogą powodować oziębłość seksualną. Przyczynić się mogą do takiej postawy także zmiany w wyglądzie zewnętrznym, zmniejszające się doznania estetyczne. Dla osób starszych akt seksualny może też być dużym wysiłkiem fizycznym, na który nie zawsze mogą sobie pozwolić.

Niebagatelną rolę w postawie wobec aktywności seksualnej seniorów pełnią także ich zdrowie psychiczne i czynniki psychologiczne. Depresja jawi się tutaj jako kluczowy problem, który może być wynikiem nie tylko problemów osobistych, sytuacji społecznej czy materialnej, lecz także kuracji farmakologicznej.

Również stereotypowe postrzeganie seksualności osób starszych przez młodsze generacje blokuje seniorów w ich erotycznych uniesieniach. Brak jest jeszcze otwartości wobec ich potrzeb seksualnych. Życie erotyczne zarezerwowane jest w wielu społecznościach wyłącznie dla ludzi młodych, nawet rozmowy o seksualności wydają się wyłącznie ich domeną.

Pod koniec stulecia przeprowadzono badania, które miały na celu określenie czynników decydujących o bierności seksualnej osób w okresie późnej dorosłości. Wyniki badań potwierdzają duży wpływ biografii człowieka i roli, jaką we wcześniejszych fazach życia pełnił seks. Ogromne znaczenie ma także wychowanie w dzieciństwie, które wiązało seks z winą i grzechem. Poza tym ludzie starsi po prostu rezygnują z szukania partnerów, a nie bez znaczenia jest przy tym reakcja najbliższego środowiska, której obawiają się seniorzy (Freiling-Sonnenberg 1997, za: Wingchen 2004).

Remigiusz F. Kijak (2013), opierając się na badaniach z początku XX wieku (Taylor, Gosney 2001), zestawia trzy grupy czynników determinujących zaniechanie aktywności seksualnej seniorów:

1. Czynniki fizjologiczne:

- opóźnienie pobudzenia i większa potrzeba mechanicznej stymulacji narządów płciowych;
- zmniejszone nawilżenie pochwy i sztywność penisa;
- uczucie nieuchronności wytrysku;
- brak orgazmu.

2. Czynniki medyczne:

- leki, które mogą powodować impotencję lub brak popędu płciowego;
- choroby (np. cukrzyca), które mogą prowadzić do impotencji;
- chirurgia prostaty lub macicy;
- bariery fizyczne (np. cewniki lub globulki);
- słaba mobilność seksualna z powodu zapalenia stawów lub udaru mózgu;

- zmiana obrazu ciała (np. po mastektomii lub amputacji jąder);
- depresja, która prowadzi do utraty zainteresowania seksem.

3. Czynniki psychospołeczne:

- brak partnera seksualnego;
- brak prywatności (związany z ciągłą opieką pielęgniarską lub zamieszkiwaniem w domu pomocy społecznej);
- społeczne uwarunkowania (stereotypy i uprzedzenia dotyczące seksualności osób starych).

Emancypacja seniorów w ostatnich latach w Polsce oraz w wielu krajach Europy i całego świata jest bardzo widoczna. Odważnie artykułowane potrzeby osób starszych zmuszają do zajęcia stanowiska wobec nich zarówno badaczy problematyki, jak i tych, którzy w praktyce wspierają starość. Seksualność jest tym obszarem życia seniorów, który wymaga poważnej dyskusji i głębokiej analizy. Powstają bowiem pytania nie tyle o możliwości seksualne w starości, ile o jakość życia z uwzględnieniem życia intymnego. Nie ulega wątpliwości, że istnieje potrzeba przeprowadzenia rzetelnych badań nad seksualnością osób w późnym okresie dorosłości, że należy prowadzić dyskurs o ich życiu seksualnym, bo jest to istotna sfera życia człowieka na każdym jego etapie. W końcu warto także podkreślić, że w starości, jak również na innych etapach życia postawa wobec własnej aktywności seksualnej musi być zbudowana przede wszystkim na własnych potrzebach.

4.3. Sztuka miłosna w starości

Z wiekiem zmienia się katalog problemów życiowych. Także aktywność seksualna może obfitować w kryzysy. Przykłady podaje Z. Lew-Starowicz (2000). Mit tyranii polega na idealizowaniu niedoszłego związku z przeszłości, ucieczce w świat fantazji, co negatywnie wpływa na związek z obecnym partnerem. Podobnym kryzysem może być idealizowanie przeszłości z rzeczywistym partnerem, uciekanie do niej, a nawet jej zniekształcanie. Kolejnym przykładem może być projekcja własnych oczekiwań i potrzeb. Jest to narzucanie związkom swych dzieci własnych poglądów i oczekiwań wobec życia rodzinnego. Inni znowu uciekają w dewocję. Rozczarowani życiem rodzinnym, małżeńskim, seksualnym szukają zrozumienia w życiu religijnym. Ostatnim przykładem może być negowanie miłości, przyjęcie postawy zaprzeczającej istnieniu prawdziwej miłości, charakterystycznej zwłaszcza dla osób, które przez długi czas były samotne.

Rozważając problematykę seksualności, należy podkreślić wartość aktywności seksualnej (jako cząstki aktywności w ogóle) w perspektywie teorii aktywności, która jakość życia osób starszych uzależnia od postawy aktywnej seniora w wielu obszarach jego życia.

Sztuka miłosna każdego człowieka podlega ewolucji na przestrzeni lat. W starości na znaczeniu zyskują bodźce dotykowe zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Silniejsze na wczesnych etapach życia bodźce wzrokowe często zostają zastąpione właśnie dotykowymi. Uruchamianie wyobraźni staje się także jednym z substytutów bodźca wzrokowego. Bodźce słuchowe pełnią szczególną rolę dla kobiet. To one oczekują wyznań miłosnych, komplementów. Wraz z wiekiem potrzeba ta wśród kobiet wyraźnie zyskuje na znaczeniu. Mężczyźni są mniej podatni na bodźce słuchowe, ważne są one dopiero podczas samego

stosunku. Choć nie należy lekceważyć bodźców zapachowych i smakowych, to w sztuce miłosnej nie mają one dużego znaczenia. Niemniej są osoby, dla których pobudzenie węchowe czy smakowe jest sposobem na urozmaicenie pożycia seksualnego (por. Lew-Starowicz 2000).

Problemy związane z zaspokajaniem swoich potrzeb seksualnych są specyficzne w przypadku tzw. starości w instytucji. Personel medyczny i niemedyczny przywiązuje zbyt mało wagi do tej sfery życia, nie stwarzając odpowiednich warunków do pożycia seksualnego. Satysfakcja seksualna także w późnej dorosłości może pozytywnie wpłynąć na samopoczucie, zwiększyć poczucie przydatności, samorealizacji itp. Stwarzanie warunków do zaspokajania potrzeb seksualnych osób starszych staje się zatem istotnym zadaniem personelu szpitali, domów pomocy społecznej, domów opieki i innych instytucji działających na rzecz osób starszych. Wiedza seksuologiczna oraz postawa otwartości wobec potrzeb seksualnych podopiecznych mogą wpłynąć na podniesienie jakości życia seniorów zamieszkujących instytucje opiekuńcze. Ludzie czynni seksualnie dłużej zachowują potencję, bez względu na to, czy wynika to z silnego popędu, cechującego niektórych ludzi w całym ich życiu, czy też z samej aktywności seksualnej.

Nie wszyscy autorzy rozpraw o życiu erotycznym osób starszych są jednoznacznie przekonani o potrzebie i pozytywnych skutkach współżycia w wieku późnej dorosłości. K. Wiśniewska-Roszkowska zwraca uwagę na zagrożenia wynikające z aktywności seksualnej:

> Natura jest bardzo praktyczna i ekonomiczna – gdy w procesie przekwitania kończy dla danego osobnika okres rozrodu, likwiduje zarazem jego powaby płciowe, popęd i całą rozbudowaną scenerię, służącą sprawom rozrodu. A seks to właśnie taka sceneria. Jest zresztą wysoce prawdopodobne, że likwidacja energetycznych wydatków na sprawy seksualne jest mechanizmem ochronnym, przedłużającym życie w warunkach, gdy starość osłabia żywotność organizmu (2003).

Badaczka dalej konkluduje:

> Życie seksualne dla starych ludzi ma dobre i złe strony. Do dobrych należy podtrzymanie poczucia młodości i zwiększenie wydzielania hormonów płciowych. Z drugiej strony współżycie płciowe to znaczny wydatek energii, wzmożone ciśnienie krwi i duże obciążenie dla serca, mózgu i naczyń, co dla starszych osób, zwłaszcza dla mężczyzn, może być niebezpieczne (2003).

Trudno jednak zgodzić się z takim klinicznym podejściem do seksualności osób starszych. Seks seniorów to jeden z czynników wpływających na jakość życia. Jeśli sprawność seksualna zanika w szóstej, siódmej czy nawet ósmej dekadzie życia, to wydaje się naturalne podejmować aktywność seksualną do czasu, kiedy jest to możliwe, kiedy – odwołując się do słów autorki – natura na to pozwala. Problem odnosi się raczej do zmiany, ewolucji w życiu seksualnym, a nie do wstrzemięźliwości. Zmienia się hierarchia potrzeb seksualnych. Oczywisty jest fakt, że prokreacja traci na znaczeniu na poczet rekreacji, gdy zbliżenie fizyczne ma być źródłem przyjemności, radości, odprężenia. Niezaprzeczalna jest integracyjna rola seksu, jako zespalająca dwoje ludzi, wzmacniająca więzi. Jednocześnie ważne jest założenie, że burzliwe życie seksualne na każdym etapie życia nie jest receptą na szczęście. Z ograniczoną aktywnością seksualną bądź jej brakiem życie może być równie wartościowe. Subiektywizm w tej materii wydaje się całkowicie uzasadniony, a zalecanie jakichkolwiek powinności w odniesieniu do życia seksualnego seniorów – zbędne.

5. Jakość życia a przestrzeń fizyczna seniorów

Przestrzeń fizyczna, w której żyje i działa człowiek, pełni ogromną rolę, ponieważ w dużym stopniu decyduje o poziomie jego życia. Szczególnego znaczenia kwestia ta nabiera w okresie starzenia się i starości, a to głównie ze względu na zmiany, jakie zachodzą pod wpływem wieku w funkcjonowaniu i sprawności osób starszych, powodując także konieczność przeobrażeń w ich przestrzeni fizycznej, tak aby odpowiadała ona ich potrzebom. Przestrzeń/środowisko fizyczne ma istotny wpływ na wzory zachowań i aktywne uczestnictwo w przestrzeni publicznej i mieszkaniowej oraz na samą powierzchnię mieszkania osób starszych. W odniesieniu do jakości życia seniorów szczególnego znaczenia nabierają zwłaszcza te aspekty ich przestrzeni fizycznej, które umożliwiają poczucie zadowolenia z życia, satysfakcję, więź z ludźmi i światem, podtrzymywanie aktywności i samodzielności, poczucie bezpieczeństwa oraz – szerzej – partycypację społeczną. Dziś już wiemy, że środowisko życia, w jakim funkcjonują osoby starsze, ma ogromny wpływ na jakość ich życia. Może ono zwiększyć niezależność seniorów, podnieść ich godność, samoocenę, poprawić stan zdrowia, wnieść radość do ich życia i mobilizować do aktywności. Natomiast jeśli jest zbyt chaotyczne, pełne barier, źle zaprojektowane, ogranicza się do podstawowych usług, może przyczynić się do izolacji, osamotnienia, a co za tym idzie – pogorszenia się stanu zdrowia seniorów. Ekonomiści, architekci, socjolodzy analizują przestrzeń mieszkaniową, uwzględniając specyficzne jej atrybuty. Podkreślają, że wytwarzana jest przez ludzi i służy zaspokojeniu potrzeb, warunkuje prawidłowy rozwój człowieka; jest ograniczona warunkami środowiska geograficznego i ma lokalny charakter; jest dynamiczna i zmienia swój charakter w czasie, podlegając cyklom

rozwojowym; jest złożona fizycznie z różnych form zabudowy i zagospodarowania. Powstaje ewolucyjnie lub rewolucyjnie, jest również przestrzenią zawłaszczającą nowe obszary. Podlega prawom ekonomicznym i specyficznym przepisom prawnym. Ma swoją wartość oraz jest obiektem zainteresowania ludności, wielu instytucji, takich jak banki, deweloperzy, samorządy terytorialne, i wszelkich firm związanych z jej funkcjonowaniem i rynkiem nieruchomości mieszkaniowych (to ujęcie obiektywistyczne). Należy również zwrócić uwagę na różne ujęcia badawcze przestrzeni mieszkaniowej. Jednym z nich jest ujęcie formalne, zakładające, że jest to część przestrzeni geograficznej trwale zagospodarowana na cele mieszkaniowe, w której mieszka człowiek. Zgodnie natomiast z ujęciem funkcjonalnym przestrzeń mieszkaniowa to część przestrzeni geograficznej pełniąca realnie lub potencjalnie funkcje mieszkaniowe. Jeszcze inne ujęcie, percepcyjne, zakłada, że jest to przestrzeń postrzegana indywidualnie przez człowieka jako miejsce zamieszkania. Na podstawie tych podejść można przyjąć, że przestrzeń mieszkaniowa jest rozumiana jako część przestrzeni geograficznej, pełniąca realnie lub potencjalnie funkcje mieszkaniowe, zagospodarowana na cele mieszkaniowe, postrzegana przez ludzi jako miejsce zamieszkania. Przestrzeń publiczna najbliższego otoczenia – miasta, wsi – podobnie jak przestrzeń mieszkaniowa czy mieszkanie po prostu jest sprawą bardzo ważną z punktu widzenia funkcjonowania człowieka starszego i podejmowanej przez niego aktywności życiowej.

Pod pojęciem „przestrzeń fizyczna seniora” rozumiemy po pierwsze przestrzeń zamieszkania/przestrzeń publiczną – osiedla, dzielnicy, miasta, a jeśli włączymy do niej działania pomocowe, integracyjne, środowiskowe, wtedy odniesiemy ją do społeczności/ środowiska lokalnego. Po drugie termin ten oznaczać może powierzchnię/przestrzeń samego mieszkania – jako przestrzeń najbliższą, zagospodarowaną i oswojoną do realizacji najważniejszych potrzeb seniora.

Zagadnienia zagospodarowania przestrzeni publicznej i mieszkaniowej w odniesieniu do osób starszych w ostatnich latach

rozpatrywane są w ramach szeroko pojmowanej i propagowanej teorii aktywnego starzenia się i solidarności międzypokoleniowej.

5.1. Mieszkanie dla seniora – aspekty prawne i organizacyjne

Prawo każdego człowieka do własnego mieszkania jako przestrzeni decydującej o poziomie jego życia określa wiele dokumentów, począwszy od uchwalonej przez ONZ w 1948 roku Powszechnej deklaracji praw człowieka, skończywszy na wielu dokumentach Rady Europy i Unii Europejskiej. Szczególnym dokumentem w tym zakresie jest Deklaracja polityczna i międzynarodowy plan działania w kwestii starzenia się społeczeństw (Plan madrycki) z 2002 roku, który w priorytecie III – *Zapewnienie środowisk wspierających i wspomagających* zawiera szereg zaleceń dotyczących środowiska mieszkaniowego i środowiska życia, wyznaczając jako cele: promowanie „starzenia się na miejscu", we wspólnocie, z uwzględnieniem indywidualnych preferencji i niedrogich opcji mieszkaniowych dla osób starszych, poprawę sytuacji w budownictwie mieszkaniowym i środowisku w celu promowania samodzielnego życia, z uwzględnieniem potrzeb osób starszych, w szczególności osób niepełnosprawnych, oraz poprawę dostępności przystępnych cenowo środków transportu dla osób starszych (Zrałek 2012, s. 117–118).

W dokumentach tych wskazuje się na cztery zasady kreowania polityki mieszkaniowej względem seniorów, które nie tylko mogą, lecz także powinny stać się wytycznymi do lokalnie kształtowanej polityki mieszkaniowej dla osób starszych. Zgodnie z tym w odniesieniu do mieszkania i środowiska zamieszkania wyodrębnić można następujące zasady:

- ochrona godności człowieka starego przez odpowiednie zaspokojenie potrzeb, w tym mieszkaniowych (reguluje to między innymi Powszechna deklaracja praw człowieka, Karta praw podstawowych Unii Europejskiej, Międzynarodowy pakt

praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych, Europejska karta społeczna);
- upodmiotowienie osób starszych we wszystkich sprawach dotyczących rozstrzygnięć formy i miejsca zamieszkania oraz kształtowania środowiska mieszkalnego (zawarte między innymi w Międzynarodowym planie działania w kwestii starzenia się społeczeństw);
- zintegrowane podejście w rozwiązywaniu problemów związanych z mieszkaniami i budową środowiska wspierającego osoby starsze, z zaangażowaniem zarówno sektora publicznego, jak i prywatnego, na szczeblu lokalnym, jak też krajowym (określa to między innymi Międzynarodowa deklaracja polityczna w kwestii starzenia się społeczeństw);
- zasada projektowania uniwersalnego dotyczącego zarówno przestrzeni mieszkania, jak i otoczenia, tj. kształtowania przestrzeni dla wszystkich użytkowników (zgodnie z rezolucją Rady Europy ResAP 2 z 2001 roku i Deklaracją sztokholmską EIDD z 2004 roku) (Zrałek 2012, s. 118).

W perspektywie tych rozważań nie można nie wspomnieć o Europejskim Forum Mieszkaniowym (EHF), organizacji, która powstała po uchwaleniu przez Parlament Europejski rezolucji o społecznych aspektach mieszkalnictwa w 1997 roku. Obecnie skupia 13 członków, będących ważnymi międzynarodowymi i europejskimi organizacjami zajmującymi się sprawami mieszkalnictwa. Forum stanowi platformę europejskiej i międzynarodowej debaty na temat przestrzeni mieszkalnej ludzi różnych grup wiekowych, a seniorzy stanowią szczególną wśród nich. Forum pokazuje rolę mieszkalnictwa w promowaniu aktywnego starzenia się i międzypokoleniowej solidarności, organizuje konferencje i debaty, a tematy, które podejmuje, skupiają się wokół następujących zagadnień:

- adaptacja mieszkań seniorów do niezależnego funkcjonowania, samodzielności w podstawowych działaniach życiowych;

- sposoby współpracy w sytuacji wspólnego, międzypokoleniowego zamieszkiwania;
- wykorzystanie mieszkaniowych aktywów podczas emerytury;
- innowacyjne finansowanie publiczne mieszkalnictwa dostępnego dla wszystkich kategorii wiekowych.

Forum EHF w 2012 roku opracowało kilka zaleceń dla polityków i decydentów odpowiedzialnych za przygotowywanie, projektowanie i realizowanie polityki i projektów mieszkaniowych dla osób starszych, które wpisują się w teorie aktywnego starzenia się. Wśród nich znalazły się:

- Angażowanie seniorów do procesu decyzyjnego przez tworzenie struktur partycypacyjnych na poziomie krajowym i lokalnym. W przełożeniu na język praktyki oznacza to, że tworzenie nowych i adaptacja już istniejących rozwiązań mieszkaniowych, zwłaszcza dla seniorów, powinny być oparte na konsultacjach społecznych, szczególnie z osobami starszymi.
- Skupianie się na adaptacji zasobu mieszkaniowego w myśl zasady „zanim nie jest za późno", adaptacja mieszkań do bezpiecznego zamieszkania – chodzi o to, aby zadbać o przystosowanie mieszkań seniorów do ich przyszłych potrzeb wynikających z pogarszającej się sprawności, zanim te się pojawią.
- Projektowanie miast przyjaznych seniorom przez zapewnienie dostępności do podstawowych dla nich usług, w tym głównie zdrowotnych, pomocowych, edukacyjnych, aktywizujących itp.
- Rozumienie nowych trendów w społeczeństwie i oferowanie innowacyjnych rozwiązań dla rosnącej liczby pojedynczych gospodarstw w myśl zasady, że seniorzy chcą mieszkać samodzielnie, pojedynczo, ale nie chcą być samotni.
- Umożliwianie realistycznego finansowania przyzwoitych i dostępnych mieszkań dla seniorów (Brzeski 2014).

W Polsce problem zapewnienia odpowiednich warunków mieszkaniowych ludziom starym stanowi konsekwencję poprzedniego systemu – niedoboru mieszkań, ich standardu, jakości tkanki mieszkaniowej, lokalizacji. Wchodzenie w wiek emerytalny pokolenia tzw. baby boomersów niesie za sobą istotne zmiany. Jest to generacja zdecydowanie lepiej wykształcona, zamożniejsza, o większych ambicjach związanych z warunkami życia. Ale to także pokolenie, które żyje coraz dłużej, co w znacznym stopniu wiązać się będzie z pogarszaniem się stanu zdrowia i niepełnosprawnością w późniejszej fazie życia. Kolejne generacje będą jeszcze bardziej wymagające wobec własnych warunków życia z równoczesną zmianą podejścia do rozwiązania w przyszłości kwestii formy i miejsca zamieszkania (Zrałek 2012, s. 119). Stale wzrastająca liczba osób samotnych, będąca skutkiem przemian rodziny, powodować będzie zapotrzebowanie na różnego rodzaju wsparcie przy preferowanym modelu pozostawania we własnym mieszkaniu i dobrze znanym środowisku społecznym i fizycznym. Wymagać to będzie zasadniczych zmian w organizacji życia ludzi starszych. Nie wolno przy tym zapomnieć, że mieszkanie, zwłaszcza dla seniorów, to nie tylko lokum do zamieszkiwania i zaspokajania potrzeb, lecz także coś znacznie więcej – to często całe ich życie, wspomnienia, historia życia, dzieciństwo ich dzieci, przyszłość wnuków, miejsce godzenia się z opresyjnością starości i tym, co ze sobą niesienie – śmiercią.

To oznacza, że sprawą niezwykle ważną jest to, iż fizyczna przestrzeń domowa to miejsce, w którym wszyscy członkowie rodziny spędzają wspólny czas. Jednak wraz z wiekiem miejsce zamieszkania stanowi coraz ważniejszy element życia, człowiek coraz bardziej docenia komfort życia codziennego, a starość najczęściej wiąże się z coraz dłuższym przebywaniem w domu, często do takiego etapu, gdy staje się on jedyną przestrzenią, w której senior się porusza. Tendencja do opieki domowej nad osobami starszymi także skłania do poważnego potraktowania problemu warunków mieszkaniowych, w szczególności w starości. Obecni seniorzy to ponadto generacja, dla której dom jest

wyjątkową wartością. Biografie wojenne szczególnie umacniają jej znaczenie. Także model rodziny wielopokoleniowej, chęć poczucia pewności, realizacja samego siebie umiejscawiają dom jako instytucję bardzo wysoko w hierarchii wartości. Jako przestrzeń fizyczna służy on budowaniu domu rodzinnego. Warunki mieszkaniowe wpływają na satysfakcję życiową w późnej dorosłości, choć nie obiektywne warunki lokalowe, lecz indywidualne potrzeby ukształtowane przez doświadczenia wpływają na poczucie zadowolenia z sytuacji mieszkaniowej. Dom jest miejscem zapewniającym prywatność, daje poczucie bezpieczeństwa i swobody, pozwala kreować kontakty międzyludzkie, podtrzymywać więzi rodzinne i partnerskie, będąc jednocześnie schronieniem, bastionem prywatności i intymności. Dom pozwala zachować wspomnienia, zapewniając poczucie ciągłości, stałości życiowych przemian.

Tabela 9. Funkcje mieszkania

Funkcje mieszkania	Opis funkcji
Miejsce kontaktów społecznych	jest miejscem spotkań z innymi; umożliwia swobodny kontakt z innymi ludźmi; miejsce zamieszkania warunkuje sieć powiązań społecznych, np. z sąsiadami, lekarzem, znajomymi; warunkuje aktywność społeczną, oświatową, kulturalną, ruchową itp.
Przestrzeń prywatna	jest miejscem, w którym jest się gospodarzem, w którym można czuć się swobodnie, nieskrępowanie okazywać uczucia, oddać się refleksji, uciec od rzeczywistości, być tylko z samym sobą
Miejsce działań	jest miejscem, w którym można samemu decydować o wyposażeniu, umeblowaniu; daje poczucie swobody w działaniu, nieskrępowanie w doborze form, treści aktywności; pozwala na swobodne zarządzanie czasem aktywności i wypoczynku

Funkcje mieszkania	Opis funkcji
Miejsce wspomnień	jest częścią historii, biografii mieszkańca; z poszczególnymi elementami wyposażenia mieszkania wiąże się rodzinna historia, która pozwala mieszkańcowi się z nimi identyfikować, wzbudza refleksje, pomaga pamiętać

Źródło: opracowanie własne na podstawie Hirsch 2001, s. 125.

Świadome starzenie się wymaga także analizy sytuacji mieszkaniowej i ewentualnego przygotowania się na zmiany. Przeprowadzka czy nawet modyfikacje w samym mieszkaniu z pewnością nie są łatwe dla osoby starszej, niemniej bilans zysków i strat niejednokrotnie tłumaczy konieczność takiego postępowania. M. Halicka (2004), analizując jakościowo swoje badania, podkreśla, że wszyscy jej rozmówcy wyrażali zadowolenie z miejsca, w którym żyją, część z nich dopuszczała myśl o zmianach. Jednak dla tych niezadowolonych z miejsca zamieszkania zmiana mogłaby mieć konkretny wymiar i prowadzić do przeobrażeń mających na celu usunięcie przeszkód i barier, które powodują niezadowolenie. Narratorzy często akceptują zastaną sytuację mieszkaniową ze względów ekonomicznych, choć gdyby mieli taką możliwość, to realizowaliby konkretne plany na modernizację mieszkania.

List 94-letniej Georgette do swojego… miejsca na ziemi

„Drogie Meudon,

tak bardzo za Tobą tęsknię; brakuje mi tarasu twego obserwatorium, skąd widać cały Paryż, i prowadzącej do zamku ale i z osiemdziesięcioma dwiema lipami, które pięknie pachną.

Idąc tą aleją w dół, dochodziłam do fontanny Sainte-Marie z chłodną źródlaną wodą. Był tam staw pełen kaczek, przyciągający niedzielnych wędkarzy. Tęsknię także do małej uliczki, rue des Pierres, przy której znajduje się muzeum Moliera. Mieszkałam w górnym Meudono od 1934 do 1963 roku, a w dolnym od 1963 do teraz.

Meudon, pozostaniesz moim ukochanym miastem; zawsze, kiedy oglądam książki o tobie, jestem wzruszona.

Zamykam oczy i przechadzam się po twoich uliczkach, idę do zamku.

Przyjaciele przynoszą mi książki i nowiny o tobie. Opłakuję cię, drogie Meudon.

Georgette”.

(*Było wczoraj, jest jutro*... 2009, s. 206)

Seniorzy są otwarci na zmiany, jeśli mają one zapewnić im lepszy komfort życia. Na zmianę warunków zamieszkania może mieć wpływ wiele czynników. Dużą trudnością są bariery architektoniczne, a szczególnie zamieszkiwanie na wyższych piętrach budynków wielokondygnacyjnych bez windy. Dlatego też ludzie starsi preferują przeprowadzki do mieszkań usytuowanych na parterze. Poczucie bezpieczeństwa wzmocnione jest także odpowiednim usytuowaniem samego mieszkania/domu w przestrzeni miejskiej/wiejskiej. Istotna jest bliskość przychodni, kościoła, przystanku autobusowego itp. Jednak wyjątkowo częstym w polskich realiach impulsem do zmiany mieszkania jest sytuacja ekonomiczna. Duże mieszkanie trzeba zamienić na mniejsze – tańsze w utrzymaniu, w którym można oszczędzić w szczególności na opłatach czynszowych. W przypadku utraty samodzielności czy poczucia izolacji, osamotnienia bliskość opiekunów, najbliższych staje się priorytetem i podstawowym wyznacznikiem doboru miejsca zamieszkania. Przyczyną jego zmiany w przypadku osoby starszej może być także chęć pomocy młodszym – dzieciom, wnukom – przez oddanie im własnego mieszkania. Nie bez znaczenia mogą być także względy sentymentalne. Przymusowe wysiedlenia, migracje za pracą, za ukochaną/ukochanym osadzają ludzi w pewnych miejscach i dopiero na starość, niezwiązani już pracą, uwarunkowaniami politycznymi, innymi barierami mogą oni wrócić do korzeni, do miejsc ze swojego dzieciństwa. Na Zachodzie i w krajach rozwiniętych zauważyć można także tendencję do osiedlania się starych ludzi w urokliwych, atrakcyjnych turystycznie miejscach, gdzie spędzają oni ostatnie lata życia, korzystając z uroków natury.

Starość zmusza czasami do przebywania w domu. Stan zdrowia, zmiana ról społecznych, bariery architektoniczne i wiele innych czynników mogą spowodować ograniczenie aktywności pozadomowej, co w konsekwencji sprawia, że seniorzy coraz

rzadziej opuszczają mury swojego domu i stają się domatorami. Niewątpliwie dla większości zdrowych, samodzielnych seniorów własny dom czy mieszkanie są najlepszym miejscem całodobowego pobytu, jednak najbliższa przestrzeń fizyczna, dotychczas nieograniczająca aktywności, może zamienić się w uciążliwe lokum, nieprzyjazne i nieodpowiadające zmieniającym się potrzebom starzejącego się mieszkańca. I właśnie wtedy pojawia się jedna z najtrudniej przyjmowanych przez seniorów sytuacji, w której zmuszeni są do zamiany go na dom pomocy społecznej lub inną, zastępczą (jakkolwiek źle brzmi ta terminologia) formę instytucjonalnej pomocy dla osób starszych. To właśnie taka sytuacja uznawana jest za najtrudniejszą dla seniorów. Zwykle wtedy odczuwają oni utratę wszystkiego, co dawało im poczucie tożsamo-
ści indywidualnej i rodzinnej, ciągłości i trwania w czasoprzestrzeni przeszłości, teraźniejszości, a przede wszystkim przyszłości, dookreślenia swojego miejsca na ziemi tu i teraz, jeszcze tu i teraz. Nie można pominąć także i tego, że środowisko, w którym człowiek spędził znaczną część życia, stanowi bardzo ważny aspekt jego tożsamości.

5.2. Funkcjonalność mieszkań a bezpieczeństwo i aktywność

Wszystkie wcześniejsze ustalenia powinny być brane pod uwagę w dyskusji nad adaptowaniem mieszkań seniorów do ich potrzeb wynikających z wieku i sytuacji rodzinnej – w pierwszej kolejności – i ogólniejszych ustaleń wynikających z założeń polityki mieszkaniowej i zagospodarowania przestrzeni publicznej osób starszych – w drugiej. Niebagatelną rolę w tej dyskusji pełnią propozycje pochodzące z dyskusji europejskich i z realizowanych w kraju projektów dotyczących przestrzeni fizycznej/mieszkaniowej seniorów w perspektywie teorii aktywnego starzenia się i solidarności międzypokoleniowej. Tym bardziej że priorytetem w myśleniu o zagospodarowywaniu, oswajaniu przestrzeni mieszkania w starości czy na starość jest nie jego zmiana, ale adaptacja do zmian, i to zachodzących w życiu osób starszych i samotnych. W nowym myśleniu o przestrzeni fizycznej osób starszych, mieszkaniowej i publicznej, sprawą zasadniczą są zalecenia, wynikające z badań, adaptowania przestrzeni publicznej i mieszkaniowej do potrzeb seniorów w taki sposób, aby stanowiła ona przyjazne środowisko do promowania aktywnego, pomyślnego starzenia się obecnych i przyszłych seniorów.

Czy wiesz, że 2012 rok, nazwany Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej, dał szansę na kolejne, głębsze rozważania dotyczące potrzeb osób starszych? Zwracamy uwagę na problem przestrzeni życiowej każdego człowieka. Ten rok był przede wszystkim poświęcony nawoływaniu do przemyśleń: jak chcę żyć, kiedy będę starym człowiekiem? Praktycy podkreślają, że nigdy nie jest za wcześnie, aby

rozpocząć rozmyślania i działania. Różne są rodzaje przestrzeni; dotyczą przede wszystkim spraw mieszczących się w pojęciu środowiska życia. W obszarze tym zaspokajamy wszystkie potrzeby, zarówno o charakterze podstawowym, jak i potrzeby rozwoju. Szczególnym obszarem jest przestrzeń mieszkalna. Żyjemy w mieszkaniu i najważniejsze jest, aby dobrze w tej przestrzeni funkcjonować.

I to funkcjonować inaczej niż dotychczas. Tu inność wywołana jest odmiennymi niż dotychczas predyspozycjami psychofizycznymi i społecznymi.

Niezwykle istotnym argumentem za tym, aby pochylić się nad tą tematyką, jest także bezpieczeństwo osób starszych – badania potwierdzają, że większość wypadków i spowodowanych nimi urazów ma miejsce w domu. Ich konsekwencje bywają bardzo poważne, z utratą samodzielności i mobilności włącznie (www.seniorzy-hipokamp.pl).

Stąd też przyjęto, że celem zasadniczym w zakresie zagospodarowywania przestrzeni fizycznej, zwłaszcza mieszkalnej, seniorów na najbliższe lata w naszej rzeczywistości gospodarczo-ekonomiczno-kulturowej będzie umożliwienie ludziom starszym pozostawania w mieszkaniu czy domu tak długo, jak tylko jest to możliwe, życie w bezpiecznym środowisku, przystosowanym do osobistych preferencji i zmieniających się możliwości. Tak postawiona teza zakłada, że na działania etapowe składać powinny się czynności w następujących obszarach:

Mieszkanie i środowisko zamieszkania w aspekcie fizycznym:

- Przystosowanie mieszkań do zwiększających się potrzeb ludzi starszych wynikających z pogarszającej się wraz z wiekiem kondycji psychofizycznej (usuwanie barier architektonicznych i urbanistycznych) – przyrostowi lat w okresie starości towarzyszy odmienna sprawność. Wobec tego w centrum

uwagi powinna znaleźć się adaptacja przestrzeni życiowej – mieszkalnej. Z literatury oraz doświadczeń praktycznych znane są różne możliwości wspierania osoby mniej sprawnej. Życie we własnym mieszkaniu i prowadzenie gospodarstwa domowego to szczyt marzeń osób tracących sprawność. Jednym ze sposobów, często spontanicznie urzeczywistnianym, jest przystosowanie przestrzeni mieszkalnej do aktualnych indywidualnych możliwości (umocowanie uchwytów, instalacja przycisków w miejsce pokręteł, likwidacja barier i inne).

- Wdrażanie nowych rozwiązań opartych na nowoczesnych technologiach informatycznych umożliwiających komfortowe, niezależne i bezpieczne funkcjonowanie człowieka starego we własnym mieszkaniu i wspomagające opiekunów osób starszych.
- Osadzenie mieszkania w dostępnym, właściwie skomunikowanym środowisku zamieszkania, umożliwiającym swobodne poruszanie się w przestrzeni osiedla, dzielnicy czy miasta.
- Prowadzenie działań rewitalizacyjnych zmierzających do poprawy jakości mieszkań, budynków i otoczenia.
- Kształtowanie przestrzeni publicznej pod kątem zapewnienia bezpieczeństwa, szczególnie osób starszych.

Mieszkanie i środowisko zamieszkania w aspekcie społecznym:

- Rozwój i poprawa jakości systemu wsparcia osób starszych pozostających w mieszkaniach przez zróżnicowane, dostosowane do ich potrzeb usługi opiekuńcze i medyczne, a także usługi wspierające osoby starsze w wykonywaniu prac domowych.
- Wykorzystanie potencjału i doświadczenia osób starszych w integracji społecznej w środowisku zamieszkania.
- Zapobieganie wykluczeniu społecznemu i segregacji przestrzennej (gettyzacji) osób starszych w środowisku zamieszkania.

- Tworzenie warunków dla aktywności ludzi starych w środowisku lokalnym i na jego rzecz (Halicka 2004, s. 119).

W latach 2006–2009 przeprowadzono w Polsce projekt badawczy PolSenior pt. *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia si*ę *ludzi w Polsce*. Podsumowania dokonano w roku 2011. Ankieterzy badali sytuację ekonomiczną, w tym także mieszkaniową, z uwzględnieniem nie tylko wyposażenia, lecz także np. dostosowania mieszkania i budynku do potrzeb osób niepełnosprawnych (lub o ograniczonej sprawności). W adaptacji mieszkań dla seniorów zwrócono uwagę na następujące aspekty:

- wejście i wyjście: swobodne dla osób z kulami, na wózkach inwalidzkich, dla dwóch osób jednocześnie, kiedy jedna prowadzi drugą;
- przedpokój: stworzenie możliwości zmiany obuwia (zydelki, krzesełka);
- całe mieszkanie: uchwyty poziome w ciągach pieszych, takie jak poręcze, ale mniejsze w przekroju;
- całe mieszkanie: uchwyty okienne i zamki do drzwi na odpowiedniej wysokości, niskie;
- położenie lufcików;
- całe mieszkanie: miejscowe małe lampki w miejsce dużych żyrandoli;
- całe mieszkanie: podłogi odpowiednie dla osoby starszej (likwidacja chodników i dywanów grożących poślizgiem, podłogi antypoślizgowe);
- całe mieszkanie: usunięcie pieców węglowych i wprowadzenie lokalnego ogrzewania centralnego;
- łazienka: uchwyty poziome i pionowe;
- łazienka: prysznic w miejsce wanny, ze spływem na podłogę, bez brodzików;
- łazienka i kuchnia: zimna i ciepła woda oraz kanalizacja w mieszkaniu;
- łazienka i kuchnia: wypływ wody na poziomie rąk osoby niesprawnej;

- łazienka i kuchnia: odpowiednie położenie wieszaków i uchwytów na ręczniki, odzież, ścierki;
- miejsce do spania: odpowiednia wysokość łoża, lampka nocna dostępna z pozycji leżącej, możliwość zamontowania uchwytu typu drabinka;
- kuchenka elektryczna lub gazowa z czujnikiem zaniku płomienia, odpowiednia wysokość pokręteł;
- kuchnia: dostępność do zawartości lodówki (uwzględnienie wysokości);
- kuchnia: odpowiednie meble dla naczyń kuchennych (szafki, regały);
- ubikacja: uchwyty poziome, sedes odpowiednio wysoki do potrzeb osoby starszej;
- winda z poziomu terenu (bez dojścia po schodach);
- wyeliminowanie wszelkich progów i przeszkód poprzecznych na poziomie podłóg oraz w wejściu do budynku.

Do czynników/zasad ułatwiających adaptację osób starszych do przestrzeni fizycznej, zamieszkania – osiedla, dzielnicy, miasta – zaliczono:

- znajomość – dotyczącą zakresu, w jakim zabudowa miejska jest znana seniorom, a na ile stanowi zabudowę intuicyjną;
- specyficzność – swoisty charakter poszczególnych ulic, ułatwiający osobom starszym ich lokalizację i określenie, dokąd prowadzą;
- bezpieczeństwo i komfort – odbieranie przestrzeni fizycznej przez seniorów jako atrakcyjnej i bezpiecznej;
- dostępność – satysfakcję korzystania z ulic niezależnie od fizycznych, psychicznych i zmysłowych ograniczeń;
- czytelność – wspomaganie orientacji przestrzennej osób starszych przez do-
- określenia w postaci określonych znaków, symboli (Bujacz, Skrzypska, Zielińska 2012, s. 73).

Sprawą absolutnie zasadniczą jest poczucie bezpieczeństwa i kontroli nad sferą zamieszkania u osób starszych. Stąd wcześniej

wymienione autorki stworzyły listę zaleceń, których realizacja zwiększyłaby poczucie bezpieczeństwa osób starszych w miejskich przestrzeniach publicznych, a wśród nich znalazły się:

- ulepszenie oznaczeń chodników i poprawa ich nawierzchni;
- zwiększenie liczby miejsc do odpoczynku, zwłaszcza ławek, które okazały się jednym z ważniejszych elementów przestrzeni fizycznej dla seniorów, gdyż ich obecność koreluje pozytywnie z atrakcyjnością terenu jako potencjalnego miejsca do spacerów;
- odróżnienie chodników od jezdni i ścieżek rowerowych;
- dobudowanie podjazdów przy schodach lub zamiast nich;
- zadbanie o wystarczającą liczbę sygnalizacji świetlnych i dźwięku;
- wprowadzenie dwuetapowych przejść dla pieszych i/lub wydłużenie czasu ekspozycji zielonego światła dla pieszych (Bujacz, Skrzypska, Zielińska 2012, s. 79).

Realizacja tych zaleceń wzmocniłaby poczucie kontroli i samodzielności osób starszych, a w konsekwencji – ich aktywność, co w znacznym stopniu podniosłoby jakość ich życia.

Rolę przestrzeni publicznej w życiu ludzi starszych omówiono z punktu widzenia możliwości zwiększania ich dobrostanu przez interwencję w jeden z obiektywnych jego wyznaczników, jakim jest środowisko fizyczne, w tym przestrzeń publiczna i mieszkanie. Stwierdzono, że w projektowaniu takiej przestrzeni trzeba brać pod uwagę przykładowe aktywności jej przyszłych użytkowników o różnym stopniu sprawności, a także sytuacje, w których będą oni uczestniczyć. Jednym z takich wyznaczników jest zagospodarowanie przestrzeni publicznej. Założono, że empatyzowanie wzorów zachowań pieszych, w tym osób starszych, i kreatywne uchwycenie związków między nimi a strukturą otoczenia pozwalają na stworzenie środowiska, w którym uczucie dyskomfortu spacerowiczów – osób starszych – jest niwelowane, niezależne od ich stanu zdrowia.

1 C. Tibbitts za najważniejsze potrzeby w starszym wieku uznał: „[...] potrzebę wykonywania społecznie użytecznych działań, potrzebę uznania za część społeczeństwa, społeczności i odgrywania w niej określonej roli, wypełnienia powiększonego wolumenu czasu w satysfakcjonujący sposób, potrzebę utrzymywania normalnych stosunków towarzyskich, uznania jako jednostki ludzkiej, autoekspresji i poczucia dokonań, odpowiedniej stymulacji psychicznej i umysłowej, ochrony zdrowia i opieki społecznej, odpowiednio ustalonego trybu życia i utrzymywania stosunków z rodziną, duchowej satysfakcji" (za: Trafiałek 2003, s. 107).

2 Nupturient – w prawie rzymskim, stąd też w prawie kanonicznym oraz rodzinnym, jest to osoba mająca zawrzeć związek małżeński (Szukalski 2014).

Rozdział III

Aktywność w starości

1. Edukacja osób starszych

Wizja własnej starości zakorzeniona w doświadczeniach minionych lat, określone cele życiowe, kondycja psychofizyczna i uwarunkowania środowiskowe będą głównymi determinantami rozstrzygającymi o tym, jak zostanie spożytkowany ogromny potencjał czasu wolnego w okresie emerytalnym. Jedną z możliwości jest zaangażowanie się w edukację.

Idea całożyciowego uczenia się coraz częściej odnajduje swoje praktyczne zastosowanie w okresie dorosłości, także tej późnej. Edukacja dorosłych, która skupiała się w przeszłości głównie na alfabetyzacji i edukacji elementarnej niewykształconych dorosłych robotników, obecnie ma dużo dalej idące zadania i cele oraz rozciąga się na całe życie, także w starości.

W latach sześćdziesiątych edukacja seniorów w Zachodniej Europie przybierała incydentalny charakter i opierała się głównie na działaniach, mających na celu zapewnienie opieki i rozrywki osobom starszym. Seniorzy wykluczeni byli z instytucjonalnego kształcenia, a model starości nakazywał osobom w późnym okresie dorosłości spędzać życie na podróżach, zabawie i poświęceniu się rodzinie i własnym zainteresowaniom. Seniorzy występowali w programach oświatowych zawsze jako pasywni uczestnicy, pozbawieni prawa do inicjatywy.

Lata siedemdziesiąte przynoszą tezy o możliwościach uczenia się osób starszych. Kształcenie ma za cel emancypację osób w okresie późnej dorosłości. Oferta dla nich staje się coraz szersza, choć ciągle

dostosowuje się metody i formy kształcenia do „ograniczonych” zdolności jej uczestników.

Dopiero lata osiemdziesiąte przynoszą wątpliwości i podważają tezę o związku zdolności uczenia się z wiekiem. Badania dowodzą, że gotowość do uczenia się w późnym wieku jest raczej uzależniona od historii życia i biografii edukacyjnej, aniżeli od liczby przeżytych lat. Edukacja seniorów ukierunkowywana zostaje na ich samowystarczalność. Ludzie starsi nie tylko mogą się uczyć, ale nawet powinni.

Początek lat dziewięćdziesiątych to rozkwit edukacji dla seniorów. Oferty edukacyjne są tworzone w odniesieniu do potrzeb i oczekiwań adresatów. To seniorzy określają, co i jak chcą się uczyć. Wpływ psychologii humanistycznej każe postrzegać starość jako kolejną fazę rozwojową w życiu człowieka, z jej niewątpliwym potencjałem. Edukacja ma pomóc seniorom odnaleźć w starości swoją tożsamość, ma chronić ich niezależności i samowystarczalności (Fabiś 2007, s. 184–185).

Edukację z uczestnictwem osób starszych należy rozpatrywać, uwzględniając wiele uwarunkowań. Dynamiczny wzrost liczby seniorów w naszym kraju oraz innych krajach Europy i świata zobowiązuje do stworzenia czy usprawniania polityki oświatowej wobec najstarszych obywateli (por. Fabiś 2014b), by objęła swym zakresem coraz obszerniejszą kohortę otwartych na kształcenie seniorów. W konsekwencji należałoby zmodernizować, a nawet stworzyć warunki do uczenia się, szczególnie dla tych, którzy dotychczas byli marginalizowani. Zresztą z czasem aktywnych seniorów będzie przybywać, gdyż coraz więcej osób w dorosłości się uczy, a wiadomo, że im człowiek jest bardziej wykształcony, tym swobodniej w starości korzysta z usług edukacyjnych i uczestniczy w kształceniu nieformalnym. Dla badaczy procesów uczenia się dorosłych także powstają nowe zadania związane z opracowywaniem potrzeb edukacyjnych, metodyki kształcenia, nowych środków dydaktycznych i strategii wdrażania nowych koncepcji kształcenia osób starszych na potrzeby praktyki edukacyjnej.

W stale rozrastających się zbiorach publikacji na temat uczenia się w starości dominuje powszechna zgoda, że uczenie się

seniorów różni wiele cech w porównaniu z innymi grupami wiekowymi. Istnieje także przekonanie, że edukacja w starości ma głównie charakter nieformalny, często nieświadomy. Jest wykorzystaniem wszystkiego, co człowieka otacza do szeroko rozumianego uczenia się, przez bycie z innymi ludźmi, z samym sobą, przez uczenie się „przy okazji", w sytuacjach życia codziennego, a także przez uczestnictwo w wydarzeniach niezwykłych, tych wykreowanych i tych zastanych. Jak pisze O. Czerniawska:

> Uczyć się to nie tylko uczestniczyć w zorganizowanych formach kształcenia, to uświadomić sobie sytuacje edukacyjne w życiu i przez życie, to otworzyć się na siebie, innych i świat. Uczenie się staje się sposobem na życie, stylem. Styl to bowiem sztuka wyrażania myśli w wyrażaniu siebie (1997, s. 17).

Uczenie się osób starszych powszechnie uznaje się za aktywność, która nie tylko przeciwdziała zagrożonym w późnej dorosłości zdolnościom poznawczym, lecz także przyczynia się w ogromnej mierze do całokształtu rozwoju człowieka. Z perspektywy rozwoju społecznego uczenie się w starości wyposaża w niezbędne kompetencje do pełnej partycypacji w kontaktach międzyludzkich, mediach, polityce czy społeczności lokalnej. Z punktu widzenia rozwoju osobowego uczenie się pozwala nie tylko na poznawanie, zdobywanie i aktualizowanie wiedzy czy umiejętności, lecz także staje się narzędziem do osiągania pełni rozwoju.

Dla J. Semkowa uczenie się jest sposobem adaptacji do różnorodności znaczeń i informacji współczesnego świata, poszukiwaniem w nim własnego, rozumnego i rozumiejącego miejsca:

> [...] zdaje się nie ulegać już dzisiaj wątpliwości, iż występująca w chwili obecnej potrzeba odnajdywania się współczesnego człowieka w owej „atakującej" go rzeczywistości czyni z uczenia się proces ciągły, niezbywalny, który musi się stać stałym elementem funkcjonowania osobowości (2007, s. 36).

Pociąga to za sobą konieczność nadania uczeniu się jako czynności i sposobowi myślenia statusu działania nadrzędnego – uniwersum.

> Tak więc czynność uczenia się, która dla większości ludzi jest swoistym ciężarem, wiążąc się z różnego rodzaju wyrzeczeniami i ograniczeniami, musi stać się czymś zupełnie odmiennym. Uczenie się jako źródło satysfakcji może być przedmiotem kultu, a nawet miłości. Jest to kwestia naszej świadomości i takiego jej kształtowania, by wartość pracy nad sobą miała status nadrzędny i była czymś niezbywalnym (Semków 2007, s. 36).

Poszukiwanie uniwersalnego wymiaru edukacji dorosłych pozwala na wykroczenie poza wąski, intencjonalny i intelektualno-praktyczny kontekst kształcenia i wychowania. Przez odwołanie się do uniwersalnych fenomenów ludzkiego życia pozwala wskazać na uczenie się przez całe życie jako działanie nadrzędne i niezbywalne, styl życia przynoszący oswojenie rzeczywistości, wartość nadającą ludzkiemu życiu sens w każdym wieku.

Edukację można postrzegać jako złożoną i wielowymiarową aktywność ludzką, rozciągającą się na całe życie ludzkie. Zdaniem E. Dubas

> [...] taka edukacja ma sprzyjać uświadomieniu, zrozumieniu, oświeceniu – dookreśleniu tożsamości jednostki. Wydobyć winna wartość życia ludzkiego, także w dorosłości i starości. Towarzyszy człowiekowi w procesie osobowego dojrzewania, prowadząc ku osobowej pełni. Sprzyja afirmacji życia, szczególnie trudnej w starości, i podnosi poczucie życiowej satysfakcji. Pozwala zrozumieć rzeczy ostateczne. Przybliża człowieka do odkrycia tajemnicy życia i tajemnicy człowieka. Jest ważnym wymiarem życiowej aktywności – przeciwdziała nudzie, marazmowi i atrofii rozwojowej. Włącza się w bieg życia, rozwoju i socjalizacji, wspierając te zasadnicze procesy, na tle których, na przestrzeni życia, realizuje się ludzkie człowieczeństwo (2007, s. 45).

Dalej autorka, rozwijając rozważania, upatruje w uczeniu się w starości możliwości rozwoju duchowego:

Tak pojęta edukacja, szczególnie w dorosłości i w starości, łączy się z medytacją nad życiem, z której może wyniknąć zrozumienie fenomenu życia [...]. Taka edukacja, a raczej uczenie się, poznawanie, refleksja, jest niezbywalnym atrybutem człowieczeństwa, koniecznością losu istot wyposażonych w świadomość i uczucia (Dubas 2007, s. 45–46).

1.1. Specyfika uczenia się ludzi starych

W koncepcji całożyciowego uczenia się, w szczególności w dorosłości, przedkłada się proces uczenia się i poznawania nad tradycyjne nauczanie. Realizować się on będzie głównie przez odnajdywanie nowych miejsc i sytuacji przyjaznych uczeniu się: w rodzinie, mediach, stowarzyszeniach, w dyskusjach ze znajomymi, w podróżach, przez refleksję, medytację – wszędzie tam, gdzie za pomocą wysiłku intelektualnego można przyczynić się do dalszego rozwoju, głównie dzięki edukacji nieformalnej. Jednocześnie pomocne będzie wsparcie instytucjonalne – profesjonalna organizacja przedsięwzięć edukacyjnych, stworzenie przestrzeni edukacyjnych dla osób starszych.

Kategorią nadrzędną w edukacji osób starszych zdaje się samokształcenie, wskazywane jako główny element kompetencji edukacyjnych, rozumiane także jako autokreacja, samorozwój, samodoskonalenie, samowychowanie (Jankowski 2000, s. 51–57; Dubas 2005, s. 28–38). Autorzy wskazują na samokształcenie (autoedukację) jako określony styl życia oparty na aktywnym poznawaniu otaczającej rzeczywistości i siebie samego oraz doskonaleniu swojej osobowości we wszystkich dziedzinach (Jankowski 2000). W edukacji seniorów ważna jest realizacja celów ogólnych, takich jak: zrozumienie świata, umiejętność jego interpretacji, budowanie obrazu siebie samego i przyjęcie odpowiedzialności za swoje życie (Szymanek 2010, s. 171). Samokształcenie w tej sytuacji edukacyjnej staje się pojęciem szerokim i oznacza zarówno samokontrolę, samosterowność w zdobywaniu i dążeniu do wiedzy, jak i osobistą autonomię w procesie stawiania sobie celów edukacji oraz doboru treści kształcenia. Osoby starsze w procesie uczenia się rzeczy zupełnie dla nich nowych częściej decydują się na autokontrolę niż kontrolę zewnętrzną (nauczyciela lub innej osoby wspomagającej proces) dla sprawdzenia (lub egzekwowania) efektów kształcenia.

Na podejmowanie i realizację samokształcenia/uczenia się przez osoby dorosłe niewątpliwie wpływ mają wcześniejsze doświadczenia edukacyjne. Nawyk uczenia się, otwartość na nowe sytuacje, ciekawość świata i życia, pozytywna postawa wobec siebie samego oraz innych będą więc kluczowe w podejmowaniu aktywności edukacyjnej w starości. Ktoś, kto nigdy nie nabył nawyku uczenia się i poszukiwania, nie czerpał radości z poznawania nowych obszarów wiedzy, nie dążył do zdobywania nowych umiejętności i samorozwoju, raczej nie zapała chęcią nauki na starość, jeśli nie stanie przed wyjątkową (dla niego osobiście) sytuacją wymagającą konkretnej wiedzy i umiejętności.

Koleje zmienne determinujące edukację najstarszych to cechy współczesnej kohorty, które uległy dynamicznym zmianom w ostatnim czasie. Chodzi głównie o wzrost wykształcenia, zwiększony udział w aktywności społecznej, wolontaryjnej, artystycznej, rekreacyjnej, rozwijanie kompetencji cyfrowych oraz o większą dbałość o kondycję fizyczną. Te zakresy aktywności seniorów należałoby wspomóc, stwarzając odpowiednie możliwości w postaci systemowych rozwiązań. Specyfika uczenia się w wieku senioralnym zależy w głównej mierze od uwarunkowań psychospołecznych jednostek, jednak można także mówić o pewnej charakterystyce uczenia się całej kohorty.

Motywacja do uczenia się jest czynnikiem zasadniczo odróżniającym uczących się dorosłych od dzieci. U osób starszych motywacja wyzwalana jest w sytuacji, kiedy (na)uczenie się konkretnych umiejętności stanowić może rozwiązanie ważnych problemów życia osobistego lub zawodowego. Motywacja wewnętrzna jest tą, która ma większe znaczenie w aktywizowaniu seniorów. Za czynniki kreujące ten rodzaj motywacji uważa się odczuwane przez nich potrzeby, w tym głównie potrzeby satysfakcji, niezależności, samorozwoju, samooceny, odczuwania przyjemności i sukcesu. Nie oznacza to jednak, że czynniki zewnętrzne, jak np. wzrost prestiżu i uznania w środowisku, wzrost umiejętności (także zawodowych), a wraz z tym konkurencyjności, nie mają znaczenia dla społecznego funkcjonowania osób starszych.

Uczenie się w starości ma swoją specyfikę. Ta inność uwzględnia niedostatki związane z wiekiem oraz wyjątkowe predyspozycje ludzi starych do uczenia się. Na podstawie licznych analiz badań (por. Moritz 2002, s. 119–134; Stuart-Hamilton 2006, s. 44–114; Rzymkowska, Suchańska, Suchańska 2007, s. 129–133) można zaproponować zestawienie cech konstytutywnych uczenia się w późnej dorosłości. Niemniej, jak zauważają psychologowie starzenia się, nie można jednoznacznie potwierdzić empirycznie wielu hipotez związanych ze zmianami intelektualnymi i pamięcią ludzi starych. Liczne badania wzajemnie się wykluczają bądź wykazują ułomność innych badań, a tylko nieznaczna część wydaje się potwierdzać poszczególne wnioski.

Jednym z mniej dyskusyjnych założeń specyfiki starzenia się jest wydłużony czas reakcji na bodźce. Najbardziej widoczne jest to zjawisko w konfrontacji z nowymi zadaniami, z którymi przychodzi zmierzyć się seniorom. W życiu codziennym nie jest to tak bardzo zauważalne, gdyż wiele czynności wykonuje się automatycznie. Uwzględnienie tego deficytu w procesie uczenia się zobowiązuje do utrzymywania odpowiedniego tempa nauki i dbałości o trening niwelujący efekt opóźnienia reakcji.

Trudne życie z pamięcią

Jestem złą publicznością dla swojej pamięci.
Chce, żebym bezustannie słuchała jej głosu,
a ja się wiercę, chrząkam,
słucham i nie słucham,
wychodzę, wracam i znowu wychodzę.
Chce mi bez reszty zająć uwagę i czas.
Kiedy śpię, przychodzi jej to łatwo.
W dzień bywa różnie, i ma o to żal.
Podsuwa mi gorliwie dawne listy, zdjęcia,
Porusza wydarzenia ważne i nieważne,
Przywraca wzrok na prześlepione widoki,
Zaludnia je moimi umarłymi.
W jej opowieściach jestem zawsze młodsza.

To miłe, tylko po co bez przerwy ten wątek.
Każde lustro ma dla mnie inne wiadomości.
(Szymborska 2012)

Z wiekiem słabnie uwaga – jej pojemność, podzielność, selektywność. Pojemność uwagi wyraża się w liczbie jednostek informacyjnych przetwarzanych jednocześnie. U osób starszych szczególnie w rozwiązywaniu trudniejszych zadań widoczne jest jej ograniczenie. Zmniejsza się także czas utrzymania wybranego obiektu w centrum uwagi, gdyż osoby starsze wykazują szybciej zmęczenie. Występują także wyraźne trudności z rozróżnieniem ważnych informacji. Jednak doświadczenie i praktyka edukacyjna w dużej mierze są w stanie zniwelować niedoskonałości uwagi także w procesie uczenia się osób starszych (Moritz 2002; Stuart-Hamilton 2006).

Pamięć ludzi starszych jest coraz częściej badana. Z jednej strony po to, by określić ich możliwości uczenia się i rozwoju (możliwości prospektywne), a także by poznać zakres wydobywania z pamięci wspomnień oraz zdarzeń przeszłych z ich biografii (możliwości retrospektywne). Zapominanie, jako najbardziej dokuczliwa właściwość pamięci, wiąże się z niemożnością odtworzenia informacji uprzednio przyswojonej. Może też polegać na tym, że przywołane wspomnienie nie odpowiada wiernie faktycznemu zdarzeniu ze względu na ubóstwo szczegółów, które zacierają się w pamięci (Jagodzińska 2008). Upływ czasu jest głównym czynnikiem powodującym zapominanie, lecz powtarzanie i regularne ćwiczenia mogą spowolnić ten proces, trudno jednak wyobrazić sobie człowieka pamiętającego absolutnie wszystko, czego doświadczył i czego się nauczył.

Pamięć z pewnością w określonym stopniu ulega degradacji, niemniej badacze tłumaczą to bardzo różnymi i wykluczającymi się wzajemnie hipotezami.

Gorsze zapamiętywanie przez osoby starsze związane jest z tym, iż na ogół kodują oni informacje w sposób uboższy i bardziej prosty niż młodzi. Potrafią jednak korzystać z proponowanych im podczas ćwiczeń

mnemotechnik. Szczególnie korzystną strategią, odgrywającą ważną rolę w procesie uczenia się, okazuje się prezentacja wielomodalna. Polega ona na możliwie bogatym eksponowaniu materiału, aby był on odbierany przez jak najwięcej kanałów sensorycznych (Moritz 2002).

Przypuszczalnie pamięć długoterminowa słabnie w niewielkim stopniu. Podkreśla się, że pogarsza się pamięć krótkoterminowa oraz prospektywna, która odpowiada za terminowe wykonywanie czynności w przyszłości oraz za ich kontrolę. Znacznie trudniej jest w starości docierać do informacji zapamiętanych. Odzyskiwanie i odtwarzanie treści z pamięci, czyli przypominanie, zakłócane jest innymi nieistotnymi informacjami. Jednak odpamiętywanie i rozpoznawanie treści już wcześniej poznanych nie przysparza osobom starszym większych trudności. Deficyty pamięci są kompensowane przez struktury metapamięciowe dzięki zewnętrznym formom wspomagania zapamiętywania, np. przez zapisywanie.

Przywoływanie wspomnień i zapisanych zdarzeń, na podstawie którego konstytuuje się doświadczenie życiowe, uruchamia pamięć trwałą, kompensującą ewentualne deficyty w pamięci operacyjnej (mechanicznej oraz bezpośredniej), odpowiedzialnej za kodowanie i przetwarzanie danych. Z wiekiem pogarsza się więc wykonywanie zadań związanych z pamięcią operacyjną i deklaratywną (przypominanie nazw, kontekstów zdarzeń i ogólnych sytuacji), ale nie wpływa to negatywnie na wiedzę ogólną, słownik czy rozpoznawanie informacji z pamięci epizodycznej (Jagodzińska 2008).

W funkcjonowaniu pamięci osób starszych ważne są dwie kwestie: pogarszanie się niektórych jej funkcji oraz podejmowanie starań mających na celu radzenie sobie z tym stanem. Za najważniejsze w tej sytuacji uznać należy, że mimo świadomości ograniczeń własnej pamięci ludzie starsi wciąż podejmują wysiłek korzystania z niej i pracy nad nią. Starania te znacząco zwiększają ich możliwości uczenia się i samorozwoju, co niewątpliwie wzbogaca ich funkcjonowanie psychiczne oraz społeczne.

Trudno o jednoznaczną opinię odnośnie do ewentualnej degradacji inteligencji. Większość badaczy przyznaje, że inteligencja skrystalizowana nie słabnie lub proces ten jest mało zauważalny. Kondycja inteligencji płynnej w starości w znacznie większym stopniu wzbudza kontrowersje. Wykazywano bowiem, że obniża się jej poziom, a w innych badaniach okazywało się, iż niektórzy zachowują poziom inteligencji płynnej w późnej dorosłości (Moritz 2002).

Wśród innych uciążliwości w uczeniu się osób starszych można wymienić obniżoną sprawność wzroku i słuchu oraz zmiany intelektualne, takie jak: obniżenie kreatywności, myślenia formalno-logicznego, utrudnione skojarzenia między słowami oraz trudności z uogólnianiem i abstrahowaniem, co w znacznym stopniu wpływa na organizację procesu uczenia się.

> „Dla mężczyzny […] hałas już jakiś czas temu osiągnął poziom pozwalający mu jedynie od czasu do czasu wyłowić słowo lub wyrażenie z tych, które do niego kieruje kobieta. Wśród nich powtarza się chyba »bój«, a może »stój«. I »włamanie co noc« – a może raczej »wołanie o pomoc«. Widzicie, on źle słyszy, jest »upośledzony słuchowo« albo, mówiąc wprost, głuchy, nie kompletnie głuchy, na tyle jednak, by w większości towarzyskich sytuacji kontakt z otoczeniem stawał się niedoskonały, a w niektórych – w takich jak ta – wręcz niemożliwy. […] Co zrobić? Co powiedzieć, kiedy kobieta znowu przerwie? Jest już o wiele za późno, żeby wyznać: »Przepraszam, ale od dziesięciu minut nie słyszę ani słowa z tego, co pani do mnie mówi – (teraz już chyba minął kwadrans) – widzi pani, jestem głuchy, w tym zgiełku nic nie słyszę«”.
>
> (Lodge 2008, s. 7–9)

I. Stuart-Hamilton w swojej książce *Psychologia starzenia się. Wprowadzenie* rozdział poświęcony zmianom intelektu w późnej dorosłości puentuje wątpliwościami:

> Spadki w obszarze bardziej specyficznych zdolności intelektualnych, takich jak uwaga, organizacja pojęciowa, kreatywność czy umiejętność rozwiązywania zadań piagetowskich, zostały również empirycznie dobrze udowodnione. Jednak we wszystkich przypadkach efekt kohorty czy zmiany stylu życia mogą silnie wpłynąć na uzyskiwane wyniki. Rzeczywiście wydaje się trudne, jeśli nie niemożliwe, ogólne rozstrzygnięcie, w jakim stopniu zmiany związane z wiekiem są uwarunkowane bardziej efektem kohorty niż „czystym" starzeniem się (2006, s. 83–84).

Wśród trudności w realizacji potrzeb edukacyjnych osób starszych wymienić należy także te, które wynikają z uwarunkowań środowiskowych. W tym obszarze podstawową barierą jest stereotypowe postrzeganie osób starszych przez pozostałe generacje i przez nich samych. W tym stereotypie osoba stara nie uczy się, gdyż nie ma takiej potrzeby ani możliwości, uczenie się jest zbędne, jest kaprysem, obciążeniem. Nie bez znaczenia jest zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek, występujące w życiu codziennym jednostek, ale także w postaci systemowej, wyrażającej się ignorowaniem potrzeb edukacyjnych seniorów przez organizacje państwowe czy samorządowe.

Reasumując, można założyć, że uczenie się w starości ma swoją specyfikę. Istnieje kilka wskazówek do pracy z seniorami, których realizacja przyczynić się może do lepszych efektów kształcenia. Będzie się tak działo gdy:

- wykorzystywane są oswojone treści z życia codziennego,
- uczący się sam może decydować o tempie pracy,
- poziom jest wyższy od szkolnego czy zawodowego,
- uczący się są zdrowsi fizycznie,
- środki dydaktyczne korygują sensoryczne deficyty (np. przez wielkość liter, kontrasty, oświetlenie),
- uczący się mają szansę zaznajomić się z nowym materiałem i nową sytuacją dydaktyczną oraz rozumieją, czego się mogą spodziewać,
- polecenia są konkretne i jednoznaczne,
- możliwe jest korzystanie z pomocy z zewnątrz,
- uczący się nie pracują ponad siły i pod presją czasu,
- trudności przy wprowadzaniu materiału są niewielkie,

- uczenie się jest dopasowane do indywidualnych potrzeb i indywidualnego zapotrzebowania na wsparcie (Martin, Kliegel 2005, s. 164–165).

1.2. Samowystarczalność jako nadrzędny cel uczenia się seniorów

Uczenie się w późnej dorosłości w cywilizacji Zachodu staje się stałym i niezbędnym procesem, znacznie determinującym rozwój i jednocześnie dla wielu konstytuującym jakość życia w starości. Uczenie się będzie więc stymulować nie tylko do aktywności umysłowej – co oczywiste, lecz także fizycznej i społecznej, a nawet duchowej. Należy wskazać na ogromną potrzebę udziału osób starszych w przedsięwzięciach edukacyjnych, oferujących rozrywkę intelektualną i kulturalną, ale również trening intelektualny i co najważniejsze – drogę do niezależności, emancypacji, stałego rozwoju.

Zgodnie z teorią kompetencyjną to właśnie niezależność jest zasadniczym celem edukacji osób w wieku późnej dorosłości (Halicki 2000). Samowystarczalność seniorów staje się odpowiedzią na dominującą teorię aktywności, a także na niewydolność systemu socjalnego i niski budżet socjalny. Szczególnie od „młodszych" seniorów oczekuje się kompetencji i samodzielności w rozwiązywaniu własnych problemów, a nawet zaangażowania się w działania na rzecz szerszej społeczności, młodszych pokoleń.

Jak zauważa Ewa Skibińska, zważywszy na przemiany rzeczywistości społecznej, ich tempo, rozmiary i obszary, jak także na to, że dla wielu osób dorosłych i starszych ich zrozumienie bywa trudne, dla wielu wręcz niemożliwe do zaakceptowania, słuszne jest uznanie za pierwszy globalny cel kształcenia seniorów „zrozumienie świata połączone z umiejętnością jego interpretacji" (2008, s. 99).

Kolejny cel kształcenia wynika z gwałtownych zmian o charakterze globalnym z ostatnich dwóch dekad poprzedniego stulecia i oczekiwań z tym związanych wobec osób starszych –

wykorzystanie kapitału społecznego, tkwiącego w najstarszej generacji. Oczekiwano więc odpowiedzialności za samego siebie i możliwie maksymalnej samodzielności, zgodnie z możliwościami, a także zaangażowania na rzecz innych, tym bardziej że rozpoczął się już proces emancypacji seniorów, w którym ochoczo artykułowali chęć zaangażowania społecznego, wykorzystania ich potencjału. W dalszych latach celu edukacji upatrywano głównie w emancypacji i całkowitym kontrolowaniu własnego życia. Globalny cel kształcenia wynikający z powyższych rozważań można określić jako

> [...] ukształtowanie postawy odpowiedzialności za samego siebie i własną przyszłość, a w efekcie świadomego podejmowania decyzji we własnych sprawach nie tylko „tu i teraz", ale także w perspektywie przyszłości (Skibińska 2008, s. 99).

I wreszcie trzeci cel kształcenia seniorów to „nauczenie się umiejętności rozwiązywania problemów życia codziennego" (Skibińska 2008, s. 99) przez wykorzystywanie zdobytej wiedzy i jej praktyczne zastosowanie.

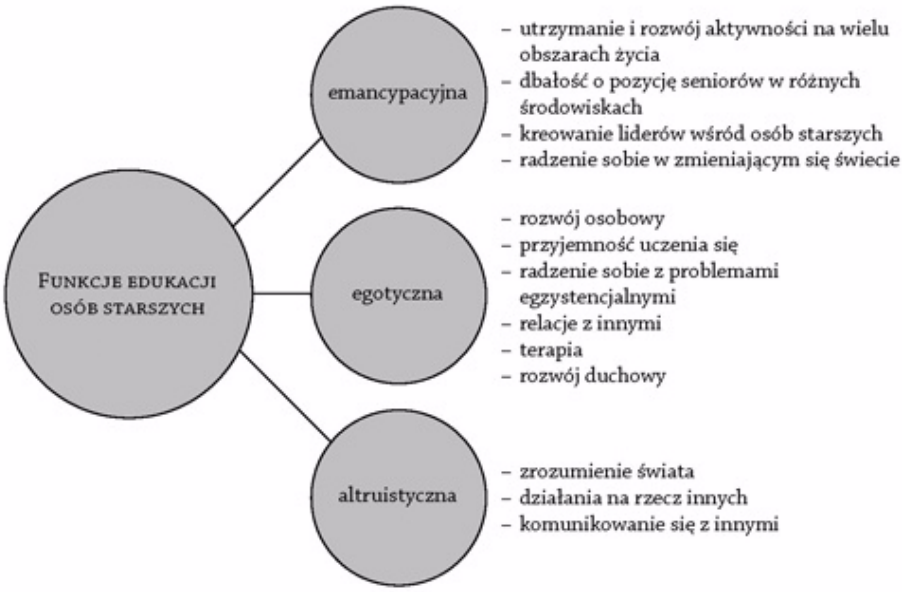
E. Skibińska konkluduje, że wymienione wyżej cele i związane z nimi obszary wiedzy odnoszą się bezpośrednio do potrzeb człowieka starszego:

> [...] rozumienia i interpretacji świata, posiadania określonych umiejętności ułatwiających codzienne życie oraz zatroszczenia się o siebie i osiągnięcia jak największych standardów z tym związanych (2008, s. 100).

Korzystając z zaproponowanej przez Sandrę Timmermann (por. Halicki 2000) koncepcji celów kształcenia i odnosząc się do powyższych rozważań, można zaproponować koncepcję celu edukacji w późnej dorosłości jako narzędzia do samostanowienia i samowystarczalności, jednak rozszerzoną o perspektywę aktywności osób starych na rzecz innych (por. Fabiś 2014b; Fabiś, Tomczyk 2013), szczególnie gdy uczącym się jest człowiek posiadający mądrość czy do niej dążący, bo w swoim *definiens*

zawiera ona zrozumienie drugiego człowieka i działanie na jego rzecz. Przyjąć zatem można, że tak nakierunkowana edukacja osób w późnej dorosłości przybierać będzie trzy funkcje (schemat 2):

Schemat 2. Trzy funkcje edukacji seniorów ukierunkowanej na samostanowienie


FUNKCJE EDUKACJI OSÓB STARSZYCH
emancypacyjna
– utrzymanie i rozwój aktywności na wielu obszarach życia
– dbałość o pozycję seniorów w różnych środowiskach
– kreowanie liderów wśród osób starszych
– radzenie sobie w zmieniającym się świecie
egotyczna
– rozwój osobowy
– przyjemność uczenia się
– radzenie sobie z problemami egzystencjalnymi
– relacje z innymi
– terapia
– rozwój duchowy
altruistyczna
– zrozumienie świata
– działania na rzecz innych
– komunikowanie się z innymi

Źródło: opracowanie własne.

- Emancypacyjną – ukierunkowaną na wzmocnienie całej generacji, zapewniającą nie tylko podtrzymanie pozycji i miejsca seniorów we wszystkich środowiskach, lecz także wzmocnienie ich oraz stały rozwój, uwolnienie się od zależności, opresywnych warunków, stereotypów, przesądów, aż po podniesienie generacji seniorów w hierarchii społecznej, usamodzielnienie, przejęcie odpowiedzialności za siebie – zarówno w skali jednostkowej, jak i w odniesieniu do całej populacji.
- Egotyczną – ukierunkowaną na samego siebie, prowadzącą do samourzeczywistnienia, do samorealizacji, do spełnienia własnych ambicji, marzeń, aspiracji i dążeń. Dzięki uczeniu się człowiek dojrzały nie tylko poszerza swoje zainteresowania czy rozwija się osobowo, lecz także staje się doskonalszy w

przestrzeni duchowej. Potrafi zmierzyć się z troskami egzystencjalnymi, z problemami życia codziennego w starości, łatwiej też mu przygotować się do śmierci.

- Altruistyczną – ukierunkowaną na dobro innego, pozwalającą przygotować się dzięki działaniom edukacyjnym do rozumienia i do działania na rzecz drugiego człowieka. Przez otwarcie się na innych i zaangażowanie się w przeobrażanie otaczającego świata, przez zaangażowanie się na rzecz innych i uczenie się dla nich i od nich seniorzy mogą odnaleźć się w roli wolontariuszy, opiekunów czy polityków lokalnych.

W przypadku osób starszych celem edukacji będzie zatem samostanowienie. Seniorzy, by godnie przeżyć starość, utrzymywać samodzielność i stanowić o sobie, muszą zadbać o swój rozwój, a pomocne w tym dążeniu może być zaangażowanie się w edukację, tak by przynosiła ona bezpośredni pożytek, a jednocześnie sprawiała satysfakcję, oraz by inne generacje te aktywności akceptowały i po części mogły z nich również skorzystać.

Samostanowienie w zaproponowanej typologii przejawia się w trzech elementarnych obszarach, uzupełniających się nawzajem i prowadzących do pełni rozwoju osobowego i społecznego, a wyrażających się osiągnięciem samowystarczalności na miarę możliwości jednostki w sferze fizycznej, społecznej i psychicznej. Wybrane cele szczegółowe koncentrują się wokół następujących wybranych efektów.

Pierwsza funkcja, **emancypacyjna**, ukierunkowuje proces kształcenia na jednostkowe podniesienie jakości życia, dbałość o satysfakcję życiową i stały rozwój zainteresowań, uwolnienie się z opresywnych warunków oraz kreowanie lepszej przyszłości. Emancypacja odnosi się w głównej mierze do działań na rzecz całej społeczności seniorów. Jest więc rozpatrywana na płaszczyźnie makro, w odniesieniu do innych generacji. Głównym celem w tym zakresie jest zapewnienie seniorom silnej pozycji w strukturze społecznej. Wśród efektów szczegółowych wyróżnić można między innymi:

- **Utrzymanie i rozwój aktywności w wielu obszarach życia**. Dla osób starszych wysoka aktywność może być jednym z uwarunkowań przeżywania godnej starości. Uczenie się w starości pozwala nie tyle na zachowanie odpowiednich kompetencji, ile na odkrywanie nowych aktywności, umożliwiających wchodzenie w świat do tej pory nieznany, stymuluje do ciągłego rozwoju, do uwolnienia się ze stereotypowych ról, do istnienia w wielu płaszczyznach życia społecznego. Szczególnym wyzwaniem jest zaistnienie generacji osób starszych w obszarach dotychczas zarezerwowanych dla młodszych pokoleń.
- **Dbałość o pozycję seniorów w różnych środowiskach**. Silna reprezentacja seniorów to zadanie emancypacyjne, które przejawia się zaistnieniem osób starszych w nowych zakresach życia społecznego i umocnieniem pozycji generacji seniorów w obszarach reprezentowanych już przez tę grupę wiekową. Z perspektywy jednostkowych potrzeb osób starszych aktywność w tym aspekcie jest szansą na zaspokajanie potrzeb uznania i przynależności.
- **Kreowanie liderów wśród seniorów**. Wyszukiwanie silnych i twórczych jednostek o cechach przywódczych pozwala na emancypację starszej generacji rękami samych seniorów. Samowystarczalność i samostanowienie w tym sensie przybierają formę działań na rzecz osób starszych przez nie same. Liderzy skupiają wokół siebie innych aktywnych, zaangażowanych rówieśników, inspirują, inicjują i aktywizują, tworząc twórcze zespoły i aktywne społeczności.
- **Radzenie sobie w zmieniającej się rzeczywistości**. To cel zapewniający orientację w aktualnych zmianach społeczno-technologicznych. Dla pokolenia wyrosłego w „świecie analogowym” jest to szczególnie istotne ze względu na niezwykłą dynamikę zmian związanych z rozwojem technologii, ale też zmian społecznych czy kulturowych.

B. Śliwerski, analizując krytyczną teorię wychowania, podkreśla znaczenie podtrzymywania dążeń emancypacyjnych ludzi

starszych, których realizacja najefektywniej może następować w przyjaznym środowisku. To w warunkach społecznego funkcjonowania seniorów upatrywać należałoby ontologicznej odpowiedzialności za jakość życia na ostatnim jego etapie. Podtrzymanie tych dążeń emancypacyjnych osób starszych

> [...] powinno zatem wspierać ich zainteresowanie w rozszerzaniu i utrzymywaniu zdolności do samostanowienia, do dalszego rozumnego dysponowania samym sobą. Pomocna może się w tym procesie okazać pogłębiona samorefleksja, tak charakterystyczna wraz ze starzeniem się tendencja do retrospekcji, powrotów do lat minionych, do tego wszystkiego, co w okresie wytężonej kariery zawodowej, społecznej czy osobistej stało się na jakiś czas zapomniane, ale także wyparte czy nieświadome, a co mogłoby stać się jeszcze siłą napędową własnego życia (1997, s. 89).

Druga funkcja, **egotyczna**, to zdrowy egoizm, umożliwiający samorozwój. W starości należy nie tylko zadbać o środowisko rodzinne czy lokalne, lecz także, a nawet przede wszystkim, skoncentrować swoje wysiłki na rozwoju samego siebie, zdążając do pełni człowieczeństwa. Tu właśnie swoje możliwości otwiera transcendowanie. Wyróżnić w tym miejscu należy:

- **Rozwój osobowy**. To realizacja konstytutywnego założenia psychologii rozwojowej, dotyczącego całożyciowego rozwoju, aż do śmierci. Dzięki uczeniu się rozwijamy się w wybranych przez siebie obszarach, zbliżając się do pełni człowieka.
- **Przyjemność uczenia się**. Samo uczenie się może dawać satysfakcję. Realizacja własnych zainteresowań przez uczenie się jest formą spędzania czasu wolnego i kreatywnego jego wykorzystania.
- **Radzenie sobie z problemami egzystencjalnymi**. Starość to czas, w którym osoba doświadczona życiem i mądra swoją biografią może się skonfrontować z troskami egzystencjalnymi, poszukując odpowiedzi na najtrudniejsze pytania, o Boga, sens życia czy bilans własnej egzystencji. Uczenie się pomaga się mierzyć z troskami egzystencjalnymi,

stawać się mądrzejszym, by w końcu zbilansować własne życie i przygotować się do śmierci.

- **Relacje z innymi**. By w pełni uczestniczyć w życiu rodzinnym czy lokalnym, potrzeba umiejętności komunikowania się. Uczenie się języków obcych czy korzystania z nowych mediów, a także poznawanie kultur dają możliwości podtrzymywania i pozyskiwania kontaktów z innymi, szczególnie ważnych w późnej dorosłości.
- **Terapię**. Uczenie się może być formą terapii, radzenia sobie z kryzysami. Edukacja pozwala poznawać możliwości wsparcia, rozwiewać wątpliwości, rozwiązywać dylematy moralne, przyczynić się do podniesienia samooceny.
- **Rozwój duchowy**. Życie duchowe w starości uwarunkowane jest przede wszystkim dojrzałością człowieka. To rozwój najbardziej intymnej sfery życia człowieka, zbliżanie się do absolutu, rozwój duchowości, poszukiwanie wartości wyższych, transcendowanie.

> Rozwój duchowy człowieka dorosłego manifestuje się w takich zachowaniach i umiejętnościach, jak autorefleksja, zdolność do samooceny, budowanie dystansu emocjonalnego do drobiazgów codzienności, które mogą zakłócić prawidłową ocenę rzeczywistości jako pewnej całości. W tym też rozumieniu *uniwersum* to może rozwijać się w człowieku dorosłym, który świadomie podejmuje działanie edukacyjne, czyniąc z nich nie tylko narzędzie adaptacji do szybko zmieniającego się otoczenia, ale też dostrzegając w nich klucz, jeżeli nie do prawdy absolutnej, to przynajmniej do możliwości nadania swej egzystencji wymiaru transcendentnego, czyli istniejącego poza zasięgiem codziennego doświadczenia (Semków 2007, s. 37).

Trzecia funkcja, **altruistyczna**, uczenia się osób starszych odwołuje się do aktywności na rzecz innych. Ta w starości przybierać może nawet formę stylu życia, a z pewnością dla seniorów jest działaniem oczywistym, pożądanym i budującym tożsamość. Mądrość charakteryzująca człowieka dojrzałego przejawia się przecież otwarciem na innych. W tej kategorii celów kształcenia wymienia się:

- **Zrozumienie świata**. Pojmowane jest jako zdobywanie i ciągłe poszarzenie wiedzy ogólnej, by zrozumieć zmiany w otaczającym świecie, a w nim „innego”, dbanie o przyrodę i wspólne dobro, wartości uniwersalne. Zrozumienie to prowadzić ma nie tylko do akceptacji, ale i rozpoznania potrzeb drugiego człowieka i otaczającego środowiska.
- **Działania na rzecz innych**. To wykształcanie odpowiednich kompetencji do działań na rzecz drugiego człowieka, odkrywanie istotności bycia z drugim człowiekiem i dla niego. To uczenie się bycia przydatnym tym, którzy potrzebują wsparcia, wychowania przez starość, wspomagania innych.
- **Komunikacja z innymi**. Porozumiewanie się na różnych poziomach od płaszczyzny rodzinnej czy też towarzyskiej do zawodowej pozwala zbliżyć się do innych, poznać ich, działać dla nich. Dialog międzypokoleniowy utrudnia wiele barier, np. odległość, technologia, język. Uczenie się ułatwia przełamywanie tych barier, pomaga budować relacje, dzięki czemu seniorzy zbliżają się do drugiego człowieka, nawiązują z nim kontakt i mogą na jego rzecz działać.

Jak twierdzi J. Semków, zadaniem edukacji jest również zdobywanie przez dorosłego umiejętności analizowania różnych elementów otaczającej go rzeczywistości z wielu niekiedy sprzecznych punktów widzenia.

> Pozwala mu to rozwijać w sobie poczucie odpowiedzialności budowane na świadomości współistnienia z innymi ludźmi, konieczności szacunku dla ich poglądów, ważności współpracy, umiejętności zawierania kompromisu. W tym miejscu dochodzimy do, wydaje się, najważniejszego zadania edukacji, którym jest kształtowanie relacji międzyludzkich na podstawie wspólnoty celów i zaufania (2007, s. 37).

1.3. Najpowszechniejsze zakresy uczenia się osób starszych w instytucjach

Choć uczenie się osób starszych przybiera najczęściej postać edukacji nieformalnej, to jednak i najstarsi uczący się korzystają czasami z zinstytucjonalizowanych form, najczęściej dzięki uczestnictwu w zajęciach uniwersytetów trzeciego wieku. Wśród najczęściej wybieranych przez nich kursów dominuje uczenie się nowych technologii informacyjnych oraz języków obcych (Fabiś 2014b).

Korzystanie przez seniorów z nowych mediów jest nie tylko celem samym w sobie, mającym podnieść jakość życia w starości, lecz także sposobem na zdobywanie nowej wiedzy, ułatwiającym czy nawet umożliwiającym podejmowanie kolejnych działań edukacyjnych. Dla najstarszych Polaków korzystanie z Internetu nie jest czynnością powszechną i – jak pokazują corocznie statystyki – choć zwiększa się liczba starszych internautów, to obecnie zaledwie co dziesiąta osoba po 65. roku życia ma łączność ze światem wirtualnym. Posiadanie lub brak kompetencji informacyjnych może prowadzić do podziałów społecznych. Istnieją zatem trzy zasadnicze grupy w społeczeństwie informacyjnym:

E-obywateli – posiadających niezbędne kompetencje do korzystania z e-usług;

Wykluczonych cyfrowo realnie – zalicza się do tej grupy osoby nie posiadające umiejętności oraz dostępu do infrastruktury informatycznej, co znacząco odbija się na jakości życia jej członków – typowy przykład wykluczenia cyfrowego (np. osoby w wieku produkcyjnym – pokolenie 50+);

Wykluczonych cyfrowo pozornie – nie posiadają umiejętności, aczkolwiek dla tej społeczności produkty informatyczne nie mają żadnego znaczenia, a propagowany styl życia związany jest z

materialnym – fizycznym odniesieniem do usług i informacji (znaczna część osób w wieku poprodukcyjnym) (Tomczyk 2008, s. 397).

Dzięki analizie badań nad charakterystyką słuchaczy uniwersytetów trzeciego wieku aktywnych w zakresie uczenia się nowych mediów (Jurczyk-Romanowska 2012; Tomczyk 2012b; Tomczyk 2015) nakreślić można profil aktywnego edukacyjnie uczącego się seniora z jego specyficznymi motywacjami, oczekiwaniami i potrzebami. Wynika z niej, że głównym czynnikiem inspirującym do podjęcia decyzji o uczeniu się obsługi komputera i korzystania z Internetu jest poczucie wykluczenia cyfrowego i wyizolowania od świata wirtualnego. Ta bardzo wyemancypowana część seniorów – słuchacze uniwersytetów trzeciego wieku – upatruje w pozyskaniu kompetencji informatycznych szansy na zaistnienie w szerszym kręgu, na odnajdywanie, pozyskiwanie i utrzymywanie znajomości oraz podniesienie jakości uczestnictwa w życiu społecznym i rodzinnym. Ludzie ci są świadomi tego, że aktywności wymagające obsługi nowych mediów niezbędne są w codzienności, a oni, jako cyfrowi ignoranci, muszą rezygnować z różnego rodzaju działań, z kontaktów z innymi, gdyż nie opanowali technologii informacyjnych. Seniorzy podkreślają potrzebę poszerzenia czy w ogóle pozyskania kompetencji informatycznych ze względu na wykonywaną pracę, dotyczy to osób czynnych zawodowo, które stanowią także coraz liczniejszą część uczestników uniwersytetów trzeciego wieku. Usamodzielnienie się jest istotnym czynnikiem motywującym osoby starsze do pozyskiwania odpowiednich umiejętności informatycznych. Świadomość konieczności przeżycia starości aktywnie, ale jednocześnie w dużej mierze samodzielnie, motywuje do poszukiwania nowych możliwości trwania we współczesnym świecie i poznawania go. Jeszcze inni respondenci motywowali swoje uczenie się ciekawością i chęcią sprawdzenia się. Przełamywali jednocześnie stereotypowe postrzeganie seniorów jako osób niekorzystających z nowych mediów i chętnie się bez nich obchodzących w codziennym życiu. Z drugiej jednak

strony Ewa Jurczyk-Romanowska (2012) zauważa, że z wypowiedzi seniorów można wyczytać, iż mają oni poczucie przymusu obsługi komputera, czują presję otoczenia. Nowoczesne media są wszechobecne, niezbędne w pracy zawodowej, w czasie wolnym, ale i w życiu rodzinnym, a w szczególności w kontaktach z młodszymi pokoleniami. Codzienność stwarza szereg okazji do korzystania z najnowszych osiągnięć techniki w zakresie komunikowania się, pozyskiwania wiedzy i podnoszenia satysfakcji z codziennych czynności. Seniorzy dostrzegają w nowych mediach szansę i wielu z nich, najczęściej tych aktywnych edukacyjnie, podejmuje odpowiednie działania, aby i w tej materii się nie zaniedbywać. Interesującą motywacją, na którą wskazują osoby starsze, wydaje się też swego rodzaju wymuszenie na samym sobie podjęcia nauki po wcześniejszym zdobyciu odpowiedniego sprzętu komputerowego. Posiadanie go zobligowało niejako do jego obsługi i w konsekwencji do kształcenia się w odpowiednim kierunku.

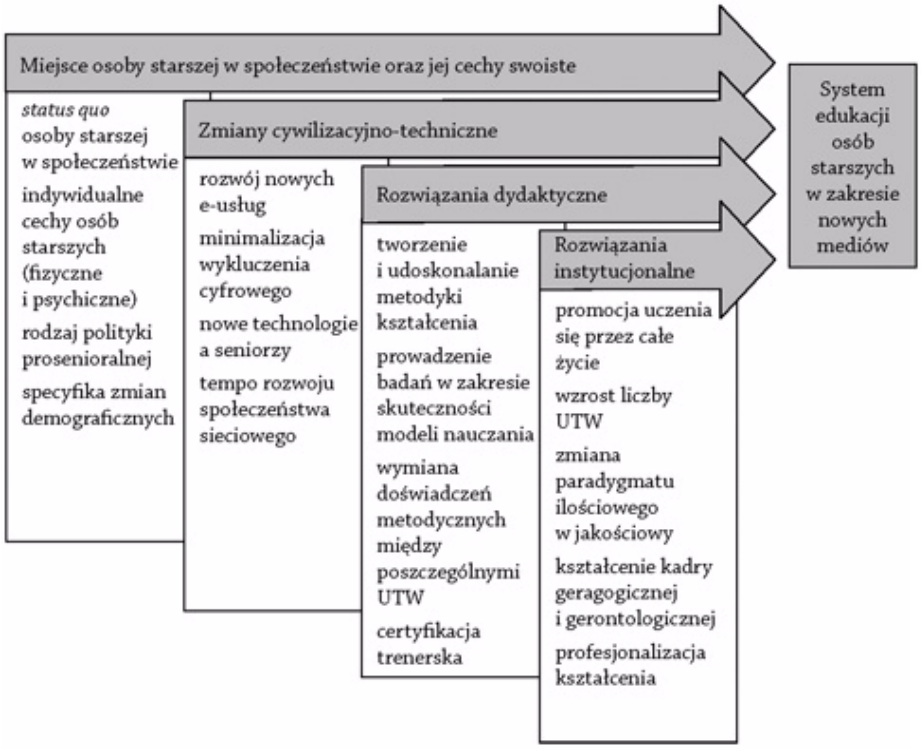
Dalsza analiza oczekiwań i potrzeb osób starszych wobec procesów dydaktycznych związanych z nauką obsługi komputera i Internetu wykazała, że seniorzy oczekiwali specyficznego dla ich wieku podejścia i metod kształcenia. W szczególności podkreślali swoje oczekiwania wobec nauczyciela, odpowiednio dobranego podręcznika oraz dostosowanego do ich możliwości tempa nauki i wielokrotnych powtórek. Ich źródłem były w dużej mierze wcześniejsze niepowodzenia dydaktyczne podczas innego typu szkoleń lub w relacjach z członkami rodziny, pełniącymi role nauczycieli. W kształceniu komputerowym wskazano na jeszcze jeden ważny czynnik utrudniający pozyskiwanie odpowiednich kompetencji – język angielski. Opisy, komendy, komunikaty w tym języku, a nawet spolszczone odpowiedniki, komplikują proces dydaktyczny osób starszych. Z kolei współuczestnictwo rówieśników dawało poczucie spokoju i pewności. Hermetyczna grupa gwarantowała podobny poziom zaawansowania i podobne problemy w uczeniu się, a więc i podobne szanse na osiąganie rezultatów bez konieczności dostosowania się do młodszych, a zarazem sprawniejszych. Seniorzy oczekiwali, że dzięki kursowi

wyzbędą się lęku przed korzystaniem z urządzeń. Po uzyskaniu podstaw obsługi komputera wielu z nich oczekiwało kontynuacji zajęć na wyższym poziomie (Fabiś 2014b).

Zatem do istotnych mitów odnoszących się do kształcenia się osób starszych należy zaliczyć przekonanie, że w ramach zajęć komputerowych poznają one jedynie proste czynności, np. związane z obsługą przeglądarki internetowej czy odbierania poczty elektronicznej, natomiast inne umiejętności i wiedza bardziej zaawansowane nie są im potrzebne do codziennego funkcjonowania w społeczeństwie sieciowym i nie podejmują dalszego, bardziej zaawansowanego kształcenia w tym kierunku. Jest to uproszczenie i redukcja założeń wielostronnej edukacji medialnej (Tomczyk 2014).

Ważnymi elementami determinującymi specyfikę uczenia się w zakresie ICT (*information and communication technologies* – technologie informacyjne i komunikacyjne) są uwarunkowania środowiskowe oraz zmiany cywilizacyjno-techniczne, związane głównie z szybkimi przeobrażeniami technicznymi. Ponadto skuteczność edukacji osób starszych odnosi się także do sukcesywnie rozwijającej się w ostatnim okresie dydaktyki nowych mediów z uwzględnieniem potrzeb seniorów oraz aktywności instytucji oświatowych, oferujących swoje usługi osobom starszym. Wspomniane cztery obszary tworzą swoisty, złożony system.

Schemat 3. Zespół uwarunkowań edukacji osób starszych w zakresie nowych mediów


Miejsce osoby starszej w społeczeństwie oraz jej cechy swoiste
status quo osoby starszej w społeczeństwie
indywidualne cechy osób starszych (fizyczne i psychiczne)
rodzaj polityki prosenioralnej
specyfika zmian demograficznych
Zmiany cywilizacyjno-techniczne
rozwój nowych e-usług
minimalizacja wykluczenia cyfrowego
nowe technologie a seniorzy
tempo rozwoju społeczeństwa sieciowego
Rozwiązania dydaktyczne
tworzenie i udoskonalanie metodyki kształcenia
prowadzenie badań w zakresie skuteczności modeli nauczania
wymiana doświadczeń metodycznych między poszczególnymi UTW
certyfikacja trenerska
Rozwiązania instytucjonalne
promocja uczenia się przez całe życie
wzrost liczby UTW
zmiana paradygmatu ilościowego w jakościowy
kształcenie kadry geragogicznej i gerontologicznej
profesjonalizacja kształcenia
System edukacji osób starszych w zakresie nowych mediów

Źródło: Tomczyk 2015, s. 214 [tłum. A. Fabiś].

Drugim obszarem uczenia się osób starszych w edukacji pozaformalnej, zaraz po kształceniu z zakresu technologii informatycznych, są języki obce. Dotyczy to w większości nauki języka angielskiego najczęściej na podstawowym poziomie. Wybór języka determinowany jest przede wszystkim względami użytkowymi, dlatego najczęściej wybierany jest właśnie uniwersalny angielski. Jednakże uwarunkowania kulturowe, historyczne, geopolityczne, posiadanie rodziny za granicą, wcześniejsze doświadczenia z językiem obcym czy bliskość granicy państwa sprawiają, że seniorzy wybierają też inne języki: niemiecki, czeski, rosyjski czy francuski. Motywacja do podejmowania tego typu kształcenia koncentruje się wokół bardzo utylitarnych potrzeb związanych z porozumiewaniem się na wyjazdach zagranicznych, zrozumieniem prostych zwrotów i wyrazów podczas pracy z komputerem oraz komunikowaniem się

z rodziną. Rezultaty uczenia się języka obcego są często okupione ciężką pracą, ale w tym wypadku sam wysiłek intelektualny w formie uczenia się jest już cenny. Uczenie się języka obcego jest bowiem także formą treningu, zapewniającego sprawność umysłową, a także sposobnością do kreatywnego spędzania czasu wolnego i do aktywności na polu towarzyskim. Anna Jaroszewska na podstawie ogólnopolskich badań wykazuje szereg motywów podjęcia kształcenia językowego:

- chęć ponownej nauki języka obcego, którego senior uczył się w przeszłości bądź z którym zetknął się w inny sposób;
- realizacja pasji/marzeń, często snutych w młodości;
- organizacja i zagospodarowanie czasu wolnego, którego w okresie starości, zwłaszcza po przejściu na emeryturę, jest niepomiernie więcej w stosunku do okresu aktywności zawodowej;
- podtrzymywanie lub nawiązywanie nowych kontaktów społecznych, w szczególności w gronie rówieśników, i związane z tym potrzeby wewnętrzne;
- względy rodzinne i praktyczna potrzeba znajomości języka obcego;
- podróże zagraniczne i związana z tym potrzeba poznania języka obcego;
- podtrzymanie dotychczasowych i rozwój nowych sprawności intelektualnych, m.in. poprzez systematyczną naukę języka obcego;
- sprawdzanie i porównywanie własnych kompetencji językowych i możliwości uczenia się języków obcych z kompetencjami i możliwościami innych ludzi;
- zainteresowanie innymi kulturami, w tym wytworami tych kultur (literaturą, sztuką, muzyką, filmem, teatrem itd.), oraz pragnienie bliższego ich poznania za pośrednictwem właściwego im kodu językowego;
- zafascynowanie konkretnym językiem obcym lub szersze zainteresowania lingwistyczne (2013, s. 286).

Jednocześnie, jak pokazują badania (Jurczyk-Romanowska 2012), seniorzy mają świadomość tego, że uczenie się języka obcego jest żmudnym i mozolnym procesem, obfitującym w wiele trudności. Wyrażają oni swoje obawy i oczekiwania z tym

związane. Przede wszystkim liczą na odpowiedni dobór treści, które ich zainteresują, ale mają także nadzieję na to, że celem uczenia się języka obcego będzie w szczególności komunikowanie się, z wyłączeniem zbędnych reguł gramatycznych i niepotrzebnego słownictwa. Seniorzy wyrażają także przekonanie, że odpowiednia atmosfera, ciekawi prowadzący zajęcia i specyficzne podejście do starszych w roli uczących się zapewnią odpowiednie warunki do uczenia się języka obcego w starości. Dopasowane do tej grupy tempo pracy, znalezienie najodpowiedniejszego podręcznika i przygotowanie specjalnego programu zapewnią efektywne uczenie się seniorów. A. Jaroszewska, koncentrująca swoje badania na oczekiwaniach i potrzebach polskich seniorów podejmujących naukę języka obcego na zagranicznych kursach (2013), potwierdza wskazane wyżej prawidłowości, dodając jednocześnie inne. Do merytorycznych potrzeb/oczekiwań badaczka zalicza jeszcze potrzebę samodzielnego działania seniorów i oczekiwanie włączenia się ich samych do planowania i organizacji zajęć dydaktycznych. Podkreśla także oczekiwania najstarszych uczących się odnośnie do podmiotowego podejścia do każdego z uczestników kursu z uwzględnieniem indywidualnych możliwości psychofizycznych. Istnieje przekonanie uczących się, że zdobyte umiejętności powinny być przydatne w szczególności w życiu codziennym. Można także zwrócić uwagę na silną potrzebę seniorów poznania kultury obszarów danego języka. Wyrażają oni chęć uczestnictwa w ewaluacji zajęć, by stale śledzić swoje postępy. Za niezwykle ważną kwestię seniorzy uznali atmosferę całego przedsięwzięcia edukacyjnego.

1.4. Uniwersytet trzeciego wieku jako przykład instytucji kształcenia seniorów

Niezaprzeczalnie symbolicznym i przełomowym przedsięwzięciem dla rozwoju edukacji osób starszych, które jednocześnie przerodziło się w ogromny ogólnoświatowy ruch, było powołanie w Tuluzie pierwszego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w roku 1973. Pierre Vellas, jego twórca,

> [...] odczytał znaki czasu [...], przewidując działania profilaktyczne, edukację permanentną i twórczość w wielu dziedzinach, w tym badań nad starością i starzeniem (Czerniawska 2000b, s. 195).

Warunki ku temu we Francji były bardzo sprzyjające, gdyż powszechne stawało się już przechodzenie na emeryturę, a osoby starsze, które wcześniej nie miały okazji ani możliwości realizacji swoich potrzeb edukacyjnych, dostrzegły swoją szansę w tworzonej dla nich instytucji. Poza tym francuskie uniwersytety miały wykwalifikowaną kadrę, która mogła stworzyć ciekawą ofertę dla nowych słuchaczy. Ostatnim istotnym czynnikiem była sposobność wykorzystania spokoju i doświadczenia ludzi starszych do łagodzenia rewolucyjnej atmosfery ruchu studenckiego (Czerniawska 2000b).

Głównym założeniem pierwszego uniwersytetu trzeciego wieku była poprawa jakości życia osób starszych. W sprawozdaniu jego twórcy zostały zapisane cztery podstawowe cele. Pierwszy z nich koncentrował się wokół działań na rzecz osób starszych przez bezpośrednią działalność edukacyjną z seniorami, obejmującą rozwój i dbałość o zdrowie fizyczne i psychiczne seniorów. Drugi nawiązywał do tworzenia ofert edukacyjnych i kulturalnych dla osób starszych w powiązaniu z innymi grupami wiekowymi. Natomiast trzeci cel to rozwój badań naukowych nad starzeniem

się i starością. Czwarty nawoływał do wsparcia polityki społecznej i przygotowania do starości (Lubryczyńska 2005).

Kolejnym etapem było powstanie w 1975 roku Międzynarodowego Stowarzyszenia Uniwersytetów Trzeciego Wieku (AIUTA – Association internationale des Universités du troisième âge). Ten rok był także znamienny dla polskiego środowiska akademickiego, gdyż w kwietniu przy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Halina Szwarc uruchomiła pierwszy w Polsce i trzeci na świecie uniwersytet trzeciego wieku, wyznaczając następujące cele, ściśle korespondujące z założeniami francuskiego protoplasty:

- włączenie osób starszych do systemu kształcenia ustawicznego,
- aktywizacja intelektualna, psychiczna i fizyczna słuchaczy,
- prowadzenie obserwacji i badań naukowych,
- opracowanie metod dalszej edukacji osób starszych i wdrożenie profilaktyki gerontologicznej (Półturzycki 2014, s. 97).

Powstanie pierwszej francuskiej placówki dało asumpt do urzeczywistniania na całym świecie koncepcji uczenia się w starości, ale równolegle do praktyki uczeni rozwijali refleksję dotyczącą samego procesu kształcenia osób starszych, instytucji wpierających taką działalność czy innych uwarunkowań aktywności oświatowej osób starszych.

W kolejnych krajach i na kolejnych kontynentach powstają pierwsze i następne placówki. Obecnie tysiące uniwersytetów (nawet jeśli ograniczymy się do obszaru Europy) dla osób starszych prowadzi działalność edukacyjną pod różnymi nazwami, niekoniecznie odwołującymi się do trzeciego wieku (np. Seniorenuniversität), i ewoluuje w rozmaitych kierunkach. Różne kraje stawiają odmienne wymogi dla nowo powstałych placówek. I tak np. w Republice Czeskiej istnieje tylko kilkanaście uniwersytetów dla seniorów ze względu na bardzo rygorystyczne kryteria, odnoszące się do odpowiedniej kadry dydaktycznej zatrudnionej na uniwersytecie trzeciego wieku i programów kształcenia czy ograniczające ich powstawanie wyłącznie do

placówek bezpośrednio przy ośrodkach akademickich. Natomiast na Węgrzech brak jest typowych uniwersytetów trzeciego wieku, gdyż ich funkcje pełnią tak zwane uniwersytety otwarte (Kocianová 2013).

W Polsce uniwersytety trzeciego wieku służą rozwojowi osobistemu, autokreacji i wartościowemu organizowaniu czasu wolnego. Powstają najczęściej przy uczelniach, domach kultury i innych instytucjach oświatowych i kulturalnych, stąd najwięcej z nich funkcjonuje w większych miastach, choć coraz częściej tworzone są także w małych miasteczkach i na wsiach. Uczestnictwo w zajęciach uniwersytetów trzeciego wieku cieszy się rosnącym zainteresowaniem seniorów. Placówki te oferują zajęcia o rozmaitym charakterze i formie oraz stosowanych metodach pracy. Do niedawna warunkiem uczestnictwa w nich było najczęściej kryterium wiekowe – ukończenie 60. roku życia oraz/lub bycie emerytem. Zasady te jednak z biegiem czasu, pod wpływem zmian społecznych i gospodarczych, zmieniły się i dzisiaj często wystarczy sama deklaracja chęci uczestnictwa w zajęciach, bez sprawdzania metryki. W Polsce występują dwa typy uniwersytetu trzeciego wieku, pierwszy to placówki przy ośrodkach akademickich, drugi to uniwersytety korzystające z usług edukacyjnych przedstawicieli szkolnictwa wyższego, ale bez formalnego związku z jakąkolwiek uczelnią.

Uczęszczanie na uniwersytety trzeciego wieku nie kończy się egzaminami ani uzyskaniem dyplomu, choć istnieje możliwość otrzymania honorowego dokumentu uczestnictwa, a większość placówek ma indeksy, w których odnotowywane są wszystkie zajęcia. Odpłatność za uczestnictwo jest najczęściej symboliczna – kilkadziesiąt złotych semestralnie, częściowe koszty działalności placówki ponoszą najczęściej instytucje, przy których działają, sponsorzy lub jednostki samorządowe.

Funkcje, jakie pełnią współczesne uniwersytety trzeciego wieku w Polsce względem seniorów, są następujące:

- edukacyjna – podnoszą wiedzę z wielu dziedzin, pełnią ważną rolę w profilaktyce gerontologicznej, stymulują aktywność;

- psychoterapeutyczna – poprawiają samopoczucie, przeciwdziałają izolacji i patologiom wynikającym z samotności, poczucia bezużyteczności;
- integracyjna – wzmacniają kontakty społeczne, zachęcają do samopomocy i nawiązywania nowych znajomości, ułatwiają kontakty zarówno z rówieśnikami, jak i z osobami z różnych pokoleń (Konieczna 2000, s. 209–212).

Obecnie formuła tej instytucji jednak nie realizuje w pełni potrzeb uczenia się w starości wielu najstarszych obywateli ani wymagań stawianych przez szeroko rozumiany rynek (w tym przed wszystkim rynek pracy), co uzasadnia podejmowane przez liczne instytucje i organizacje (w tym także projekty edukacyjne finansowane przez UE i samorządy) działań szkoleniowych i kwalifikacyjnych dla osób starszych, często określanych jako 60+ lub 50+, czyli dla osób w wieku przedemerytalnym.

Uniwersytety dla seniorów tworzą z pewnością najbardziej rozpoznawalną przestrzeń do uczenia się osób starszych, przeznaczoną jednak dla wąskiej grupy ludzi w późnej dorosłości – młodszych seniorów, lepiej wykształconych, zamieszkujących zwykle blisko jakiegoś centrum edukacyjnego, o lepszej kondycji psychofizycznej niż pozostałe osoby starsze.

Uniwersytety trzeciego wieku, jakkolwiek coraz powszechniejsze, traktowane są jako placówki elitarne, ponieważ skupiają w większości mieszkańców miast z co najmniej średnim wykształceniem. Obecnie sytuacja nieco się zmienia dzięki powstawaniu takich uniwersytetów także w mniejszych miastach oraz dzięki coraz bogatszej ofercie różnego rodzaju form aktywności, nie tylko typowo edukacyjnych, lecz także rekreacyjnych, turystycznych, sportowych.

Jak wynika z raportu *Zoom na UTW* (2012), uniwersytet trzeciego wieku jest najpowszechniejszą instytucją kształcącą osoby starsze. Najwięcej tych placówek powstało już w nowym milenium i ich liczba stale rośnie. Dane na rok 2012 wskazują, że w Polsce funkcjonują 372 tego typu placówki. Powstają głównie w miastach, tylko co dziesiąta mieści się na wsi. Ponad połowa

uniwersytetów trzeciego wieku to samodzielne stowarzyszenia czy fundacje lub placówki działające w ich ramach. Co piąty uniwersytet dla seniorów działa pod auspicjami uczelni wyższej, najczęściej niepublicznej. Pozostałe podlegają instytucjom samorządowym bądź mają inną formę prawną.

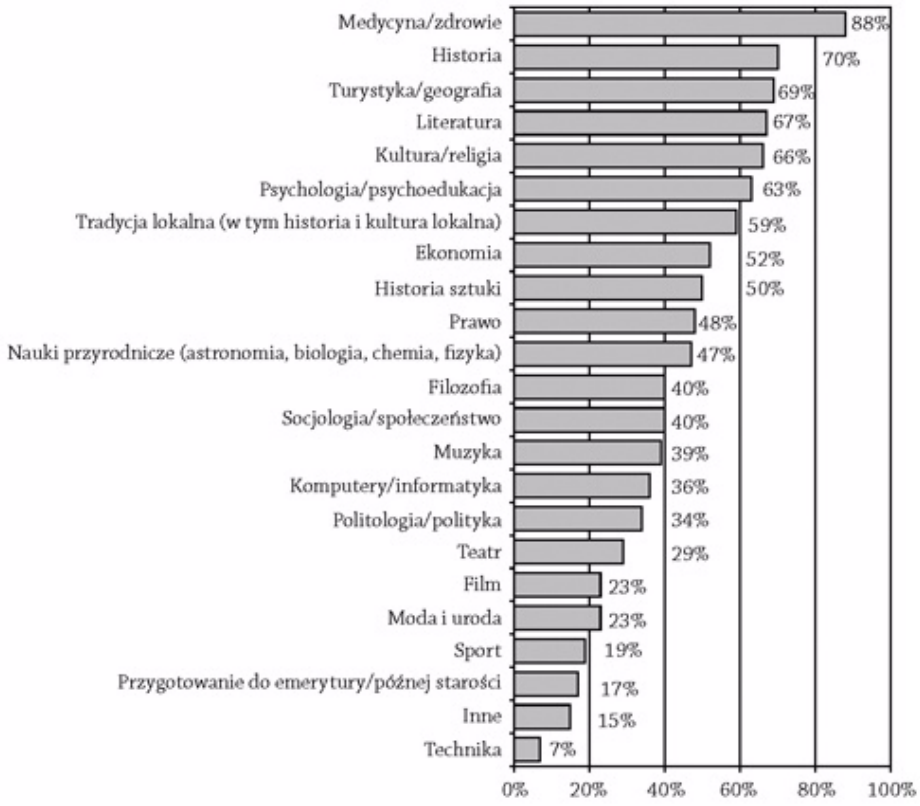
Za główny cel placówki te stawiają sobie dbałość o sprawność intelektualną seniorów przez kształcenie i rozwój osobisty, rozwijanie zainteresowań i umiejętności. Uniwersytety trzeciego wieku pełnią też rolę odpowiedniego miejsca do spędzania czasu wolnego. Zgodnie z ideami pierwszej francuskiej instytucji tego typu polskie uniwersytety ukierunkowują swoją działalność także na profilaktykę gerontologiczną, propagowanie zdrowego trybu życia, uprawianie sportów i turystyki oraz stwarzanie możliwości nawiązywania i podtrzymywania kontaktów towarzyskich.

Do polskich uniwersytetów trzeciego wieku w roku akademickim 2011/2012 uczęszczało około 90 tys. słuchaczy, to jest jedna na 150 osób po 50. roku życia. W innych badaniach szacuje się, że około 4% z ogółu osób po 65. roku życia korzysta z oferty tych placówek (Obserwatorium Integracji Społecznej 2012). Średnio uniwersytety liczą 230 uczestników, są także większe jednostki. Co dziesiąty uniwersytet trzeciego wieku przygotowuje swoją ofertę dla ponad 500 uczestników. Powszechnie też wiadomo, że w niektórych placówkach ciągle więcej jest chętnych niż oferowanych miejsc, mimo że corocznie zwiększają się limity przyjmowanych osób. Trzy czwarte placówek utrzymuje się z wpłat czesnego swoich słuchaczy, ale większość ma dofinansowanie z innych źródeł.

W polskich uniwersytetach dla seniorów tradycyjnie główną formą zajęć dydaktycznych są wykłady. Ich tematyka jest bardzo zróżnicowana. Cykliczne, tematyczne spotkania wykładowe są rzadkością. Tematyka wykładów jest najczęściej wypadkową potrzeb słuchaczy i możliwości organizacyjnych osób odpowiedzialnych za program. Szczególnym zainteresowaniem cieszą się wykłady z zakresu medycyny, historii, odpowiadające potrzebom duchowym, odwołujące się do literatury, kultury, religii oraz związane z turystyką i geografią (*Zoom na UTW* 2012).

Wybierane przez słuchaczy uniwersytetów trzeciego wieku zajęcia dodatkowe w zdecydowanej większości koncentrowały się wokół trzech zakresów: kursów komputerowych, językowych i zajęć sportowych. Dużym zainteresowaniem cieszą się również zajęcia związane ze sztuką: plastyczne, taneczne, rękodzielnicze. Seniorzy równie chętnie oddają się także turystyce i rekreacji.

Wykres 1. Zakres tematyczny wykładów prowadzonych w roku akademickim 2011/2012 w polskich uniwersytetach trzeciego wieku



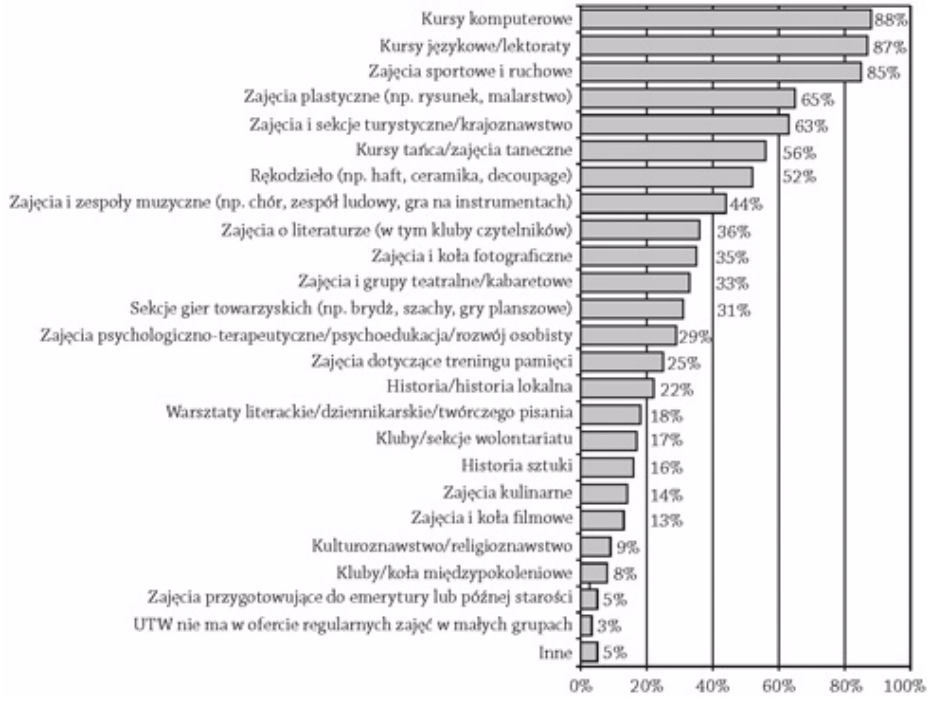
Źródło: opracowano na podstawie *Zoom na UTW* 2012.

Analiza badań własnych (Fabiś, Łacina-Łanowski 2013) oraz danych z raportu o uniwersytetach dla seniorów w Polsce pozwala na podjęcie próby scharakteryzowania uczestnika zajęć w uniwersytecie trzeciego wieku. Uczący się w takiej placówce seniorzy to w głównej mierze osoby w wieku wczesnej starości. Aż

60% wszystkich słuchaczek i słuchaczy nie ukończyło 65. roku życia. Jest to grupa bardzo sfeminizowana, około 15% ogółu uczących się to mężczyźni (*Zoom na UTW* 2012, s. 16).

Seniorzy uczestniczący w zajęciach uniwersytetów trzeciego wieku chętnie czytają. Prawie połowa z nich w ciągu miesiąca czyta jedną lub dwie książki, co czwarty deklaruje czytanie kilku książek w roku, pozostali mniej. Zdecydowanie najczęściej seniorzy sięgają po biografie – ponad połowa, a niespełna połowa preferuje beletrystykę. Prawie co czwarty sięga także po poezję, romanse i literaturę popularno-naukową (Fabiś, Łacina-Łanowski 2013).

Wykres 2. Zajęcia oferowane słuchaczom uniwersytetów trzeciego wieku w roku akademickim 2011/2012


Kursy komputerowe 88%
Kursy językowe/lektoraty 87%
Zajęcia sportowe i ruchowe 85%
Zajęcia plastyczne (np. rysunek, malarstwo) 65%
Zajęcia i sekcje turystyczne/krajoznawstwo 63%
Kursy tańca/zajęcia taneczne 56%
Rękodzieło (np. haft, ceramika, decoupage) 52%
Zajęcia i zespoły muzyczne (np. chór, zespół ludowy, gra na instrumentach) 44%
Zajęcia o literaturze (w tym kluby czytelników) 36%
Zajęcia i koła fotograficzne 35%
Zajęcia i grupy teatralne/kabaretowe 33%
Sekcje gier towarzyskich (np. brydż, szachy, gry planszowe) 31%
Zajęcia psychologiczno-terapeutyczne/psychoedukacja/rozwój osobisty 29%
Zajęcia dotyczące treningu pamięci 25%
Historia/historia lokalna 22%
Warsztaty literackie/dziennikarskie/twórczego pisania 18%
Kluby/sekcje wolontariatu 17%
Historia sztuki 16%
Zajęcia kulinarne 14%
Zajęcia i koła filmowe 13%
Kulturoznawstwo/religioznawstwo 9%
Kluby/koła międzypokoleniowe 8%
Zajęcia przygotowujące do emerytury lub późnej starości 5%
UTW nie ma w ofercie regularnych zajęć w małych grupach 3%
Inne 5%
0% 20% 40% 60% 80% 100%

Źródło: opracowano na podstawie *Zoom na UTW* 2012.

Spędzanie czasu przed telewizorem jest stałą i codzienną czynnością większości seniorów. Ponad jedna trzecia badanych ogląda telewizję od godziny do dwóch dziennie, podobna część

przed telewizorem spędza około trzech godzin, co ósmy jeszcze więcej, bo od trzech do czterech godzin. Sześciu na dziesięciu seniorów ogląda programy informacyjne, a połowa badanych ogląda filmy fabularne, reportaże oraz seriale/telenowele. Co trzecia osoba starsza szuka w programie telewizyjnym rozrywki, a co dziesiąta audycji o tematyce religijnej.

Niewielu słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku deklaruje całkowity brak zainteresowania muzyką. Większość, bo dwie trzecie, swoje preferencje muzyczne określiła mianem „muzyka z mojej młodości". Połowa włącza muzykę przy wybranych czynnościach, a aż 38% stwierdza, że ma ją stale włączoną. Muzyka służy także do kontemplacji i rozmyślań, na taką formę jej słuchania wskazało trzech na dziesięciu respondentów. Ponad połowa deklaruje, że słucha muzyki klasycznej. Przy określaniu ulubionych artystów pojawiali się głównie polscy wykonawcy zarówno muzyki rozrywkowej, jak i klasycznej (Fabiś, Łacina-Łanowski 2013).

Człowiek starszy w Polsce jest zazwyczaj religijny. Z badań nad oświęcimskimi słuchaczami uniwersytetów trzeciego wieku wynika, że dla niespełna 40% religia ma bardzo duże i duże znaczenie, jednak dosyć zaskakującym wynikiem jest deklaracja dwóch na dziesięciu seniorów, iż aktywność religijna ma w ich życiu raczej małe znaczenie bądź żadne. Z innych badań (I etap niepublikowanych badań statutowych „Potrzeby psychospołeczne osób starych" Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie z roku 2015, kierownik projektu badawczego – Artur Fabiś) wynikają podobne wnioski, że co piąta osoba określa się mianem niereligijnej bądź raczej niereligijnej. Z kolei za bardzo religijne i raczej religijne uznaje się prawie 44% respondentów.

Dolnośląscy słuchacze uniwersytetów trzeciego wieku poproszeni o scharakteryzowanie siebie (Hasińska, Janiak-Rejno, Tracz 2012) uznali się za aktywnych umysłowo, chętnych do uczenia się, ciekawych świata i ludzi, gotowych do porządkowania własnego życia oraz aktywnych fizycznie – z takimi określeniami zgadzało się 90% respondentów. Natomiast zainteresowanie kulturą i sztuką, niezależność w myśleniu i opiniach, poczucie

własnej wartości, szerokie zainteresowania, umiejętność radzenia sobie w trudnych i nowych sytuacjach oraz poczucie satysfakcji z życia to sformułowania, z którymi utożsamia się 83% do 89% pytanych. Wśród przypisywanych sobie cech osobowych dominują następujące: uczciwy, samodzielny, ciekawy świata, solidny, pracowity. Na takie przymioty wskazało od 65% do 87% pytanych. Kolejne, na które wskazywała ponad połowa badanych, to: zorganizowany, wrażliwy, optymistyczny, pomocny, realista, towarzyski, zaradny, zrównoważony i inteligentny. Określenie preferowanych wartości dla ponad 90% ankietowanych koncentrowało się wokół takich pojęć, jak: uczciwość, zdrowie, bezpieczeństwo materialne, przyjaźń, szczerość, mądrość oraz wiedza. Ponad 85% wybrało rodzinę, honor, wierność. Ośmiu na dziesięciu wskazało także na miłość jako wartość.

Z krakowskich badań warto przytoczyć jeszcze kilka danych. Zapytani o poziom akceptacji własnej starości słuchacze uniwersytetów trzeciego wieku odpowiedzieli, że raczej ją akceptują (połowa badanych), zdecydowanie akceptują (prawie trzech na dziesięciu), tylko kilka procent nie akceptuje starości lub zdecydowanie jej nie jej akceptuje. Słuchacze ci potwierdzają, że są wyjątkową reprezentacją najstarszego pokolenia Polaków – prawie połowa z nich bardzo wysoko lub raczej wysoko określa poziom satysfakcji z całego swojego życia, co w odniesieniu do ogółu seniorów wydaje się wysoce zawyżonym wynikiem. Tylko co dwudziesty ocenia go nisko i raczej nisko. Najbardziej zadowoleni są respondenci z warunków mieszkaniowych, życia rodzinnego oraz kontaktów towarzyskich. Najmniejsze zadowolenie wyrażają wobec zdrowia i dochodów.

1.5. Miejsce seniorów w edukacji nieformalnej

Uczenie się, jak wcześniej wspomniano, to nie tylko planowane i zorganizowane w instytucjach edukacyjnych przedsięwzięcia. Zgodnie z tradycyjnym podziałem na edukację formalną, nieformalną i pozaformalną na szczególną uwagę w odniesieniu do osób starszych zasługuje edukacja nieformalna, w której nie pośredniczy instytucja. Można określić ją jako proces trwający przez całe życie i wyrażający się pozyskiwaniem wiedzy, umiejętności, kompetencji, postaw, wartości i norm na drodze osobistych doświadczeń przy udziale wszelakich środowisk, w których funkcjonuje człowiek (rodzina, środowisko lokalne, środowisko pracy, media itp.). Jest to proces naturalny, odbywający się nieświadomie, w czynnościach życia codziennego, przez doświadczenie oraz jako aktywność okazjonalna.

Odniesienia do zdarzeń z przeszłości są siłą napędową egzystencji. O. Czerniawska dodaje:

> Edukacyjne aspekty jakości życia polegają na akceptacji reinterpretacji własnych doświadczeń, własnej przeszłości, poszukiwaniu w niej wartości zapomnianych lub niedocenionych, przeżywaniu ich na nowo dla rozwoju siebie, dla lepszego życia w teraźniejszości, dla akceptacji przemiany własnej osoby przez dojrzewanie do dziś, do jutra, przez stałe projektowanie swego życia, dostrzeganiu perspektyw przyszłości, nawet jeśli ta perspektywa ma dotyczyć jutra, tygodnia, miesiąca (2000a, s. 178).

Uczenie się może być aktywnością samokształceniową przejawiającą się w aktywności intelektualnej, ale również artystycznej, społecznej, moralnej, politycznej, a nawet fizycznej lub towarzyskiej. Formy te mają służyć nie tylko zdobyciu wiedzy i praktycznych umiejętności, lecz także nabyciu zdolności do kształtowania własnej osobowości, umiejętności wartościowania,

zdolności podejmowania decyzji, dokonywania wyborów, autokreacji.

Nie sposób nie nawiązać w tym kontekście do edukacji autobiograficznej, dostępnej dla każdego, która ma nieocenione walory kształtujące pojmowanie świata i siebie samego na drodze własnego rozwoju. Z biegiem życia coraz większą rolę zaczynają pełnić doświadczenia życiowe, które pozwalają dokonywać pewnych podsumowań. Ponadto wydarzenia i doświadczenia interpretowane odmiennie na różnych etapach życia nabierają nowych znaczeń i wartości. Refleksyjne odnoszenie się do własnej biografii daje możliwości rozwijania siebie, uczenia się na każdym etapie życia. Jest szansą dla osób dorosłych na samodzielne decydowanie o rozwoju osobistym i własnej przyszłości oraz wspomaga umiejętności radzenia sobie z trudnościami życia (por. Dubas, Świtalski 2011b).

Wartość analizy własnej biografii polega na wykorzystaniu wspomnień jako stymulacji do samopoznania, bez którego niemożliwe jest samowychowanie i samoświadomość. Analiza biografii, zwłaszcza dzieciństwa, jest potwierdzeniem refleksyjnej postawy wobec własnego życia, świadomości kreowania własnej drogi rozwoju i ma coraz częściej kluczowe znaczenie w diagnozowaniu tożsamości, problemów emocjonalnych oraz kryzysów.

Podejmowane działania autobiograficzne mogą mieć charakter retrospektywny lub prospektywny. Pierwszy ich rodzaj polega przede wszystkim na porządkowaniu przeszłości. Zakłada on odwoływanie się do wspomnień oraz bilansowanie przeszłych wydarzeń. Poza tym aktywność autobiograficzna uwzględnia również teraźniejszość i antycypowaną przyszłość. W tym ujęciu łączy się z projektowaniem przyszłości, kierowaniem własnym życiem, planowaniem nowych zadań i określaniem dalszego kierunku rozwoju, ma charakter prospektywny. Projekt własnego życia łączy się zatem z refleksyjnym projektem tożsamości, a inscenizowanie własnej przyszłości daje poczucie osobistej kontroli i wpływu na to, co się przydarza.

Aktywność biograficzna, a zwłaszcza pisanie wspomnień, stwarza możliwość spojrzenia za siebie i na siebie kiedyś, czyli z perspektywy dnia dzisiejszego, obecnej sytuacji. Takie spojrzenie ułatwia budowanie własnej tożsamości, a także zrozumienie innych. Perspektywa tego rodzaju może uwolnić od nadmiernych negatywnych emocji i pomóc w nabraniu dystansu do spraw trudnych czy bolesnych, podobnie jak uczenie się z biografii innych (por. Dubas, Świtalski 2011a).

Naturalną konsekwencją aktywności autobiograficznej może być zapisywanie własnych wspomnień, pisanie pamiętników i własnej biografii. Działania te mają poza funkcją rozwojową dodatkowo funkcję leczniczą, koncentrującą się na przywoływaniu wspomnień, ale przede wszystkim na ich porządkowaniu i selekcji, które dają możliwość tworzenia obrazów i krajobrazów, nowych historii oraz wyciągania wniosków i nauk. Owe obrazy dotyczą najczęściej sfery emocjonalnej życia – subiektywnej, a krajobrazy – społecznej, obiektywnej, w której odwołujemy się do czasu historycznego własnej biografii (Wawrzyniak 2013).

Analiza własnej biografii powinna także uruchomić proces konscjentyzacji, polegający na zatrzymaniu doświadczeń, wyciągnięciu z nich wniosków, a w konsekwencji – na uczeniu się refleksji czy autorefleksji. Inaczej doświadczenie pozostaje niewykorzystane.

Każde z przeżyć jest istotnym elementem w procesie rozwoju jednostki – wzbogaca ją edukacyjnie przez refleksje i wyciąganie wniosków. Prezentacji, zapisywaniu biografii towarzyszy ponowne jej przeżywanie, w edukacyjnym wymiarze – reinterpretacja i autorefleksja, służąca między innymi zmianie postaw, modyfikowaniu własnego zachowania, kreowaniu nowego planu na życie.

Wiek dojrzały łączy się z radykalną zmianą warunków rozwoju, czynnikami wspomagającymi go stają się praktyka życia codziennego i jej wymagania. Samodzielna obserwacja i refleksja zostają podstawą pełnego wykorzystania praktyki codziennej jako źródła rozwoju. Ten zaś jest wynikiem codziennych aktywności, trybu życia, rodzaju wykonywanej pracy czy ulubionych rozrywek.

Tego rodzaju edukację można również traktować jako formę profilaktyki gerontologicznej, zapobiegającą negatywnym skutkom starzenia się. Aktywność autobiograficzna może bowiem przyczynić się do usprawnienia seniora, zwłaszcza w obszarze operacji pamięciowych, pobudzenia go do dalszej aktywności, rozwinięcia umiejętności życia codziennego, nawiązania czy wznowienia kontaktów społecznych, interpersonalnych, rozwinięcia zainteresowań, podniesienia samooceny, wartościowego zagospodarowania czasu wolnego, zaspokojenia potrzeb wyższego rzędu.

2. Aktywność społeczna ludzi starszych

Badania nad aktywnością ludzi starych od zawsze były obecne w gerontologii społecznej i naukach jej pokrewnych. Ich wymiar i sposób realizacji każdorazowo zależy od przyjętej przez badacza definicji i pola badawczego wyznaczającego obszar poszukiwań i eksploracji. Można tu postawić tezę, że zamiarem przeważającej części tych dokonań była bądź jest nie tylko diagnoza skali zjawiska, lecz także próba wskazania zależności między rodzajami realizowanej aktywności a jej skutkami, mierzonymi znaczeniem, jakie ma ona w odczuciu ludzi starszych. Nie bez znaczenia dla działań diagnostycznych ma też wskazanie na uwarunkowania realizowanej przez seniorów aktywności. Zwykle pokazuje się ją w optyce trzech najistotniejszych płaszczyzn funkcjonowania człowieka starego: rodzinnej, zdrowia i sytuacji materialnej. O kierunku i natężeniu aktywności każdorazowo decyduje sytuacja jednostki, jej stan wewnętrzny i stan jej otoczenia, zawsze w ramach struktury tej podstawowej zależności. Aktywność zawsze jest określoną formą działalności ludzkiej, nakierowanej na osiągnięcie wytyczonego celu i zaspokojenie potrzeby w całości, niezależnie od rodzaju i odmiany jest elementem wychowania. Jest warunkiem jego efektywności, celem i zadaniem, a w końcu także jego skutkiem. Aktywność jest procesem całożyciowym, charakterystycznym zarówno dla dzieci, dorosłych, jak i starych.

Etymologia słowa aktywność wskazuje, że wywodzi się ono od dwóch łacińskich słów *actus* – ‘czyn’ i *agere* – ‘być czynnym, działać, brać się do działania’ (Kumaniecki 1984, s. 2 i 4). Aktywność oznacza „właściwość indywidualną jednostki polegającą na większej niż u innych częstości i intensywności jakiegoś rodzaju działań” (Okoń 2004, s. 23). Aktywność jest

> [...] synonimem życia, czyli stałym i dostosowanym do danej osoby wysiłkiem, który warunkuje prawidłowy rozwój i umożliwia prowadzenie

życia twórczego i harmonijnego (Kozaczuk 1999, s. 25).

W obszarze zainteresowań wielu badaczy leżą różnorodne formy aktywności, od rodzinnej, fizycznej, przez zawodową, intelektualną, kulturalną, edukacyjną, aż po społeczną. Do najczęściej podawanych klasyfikacji aktywności realizowanej w okresie starości należy ta, która dzieli ją na nieformalną, formalną i samotniczą. Ta pierwsza przybiera formę kontaktów z rodziną, przyjaciółmi, znajomymi i sąsiadami. Aktywność formalna to uczestnictwo w stowarzyszeniach społecznych, w polityce, wolontariat, prace na rzecz środowiska lokalnego, samotnicza zaś ma postać czytelnictwa, hobby, oglądania telewizji czy rozwijania zainteresowań (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006, s. 161). Przy przyjęciu tego podziału aktywność społeczna mieści się w obrębie drugiego wydzielonego typu.

Pojęcie aktywności społecznej zostało zaczerpnięte z socjologii i jest stosunkowo nowym zjawiskiem, które dopiero od niedawna zyskuje rozgłos. Polega na ożywieniu i aktywizacji działalności różnych jednostek, grup społecznych i organizacji w ramach zaspokajania potrzeb indywidualnych wypływających z naturalnego zapotrzebowania. Przykładami aktywności społecznej mogą być różnego rodzaju kampanie, programy, inicjatywy, do których podchodzi się z otwartością i pomysłowością. To całkiem nowe zjawisko, które dopiero się krystalizuje w społeczeństwie i łączy się naturalnie z pojęciem społeczeństwa obywatelskiego.

Aktywność społeczna polega na spełnianiu się ludzi, jednostek i organizacji w ramach powierzonych zadań. Z reguły człowiek działa w ramach lokalnych struktur, które pozwalają mu na takie poczynania. Ich zakres uzależniony jest od motywacji i intencji uczestniczącego. Bardzo często wspiera się różne środowiska, w tym emerytów, aby aktywizowały się społecznie w celu realizacji jakiegoś przedsięwzięcia.

Zarówno w socjologii, jak i psychologii aktywność społeczna oznacza po prostu działanie człowieka jako istoty społecznej, która zawsze będzie kierowała się problemami życia codziennego i będzie chciała je rozwiązać lub polepszyć bytowanie. Na

aktywność jednostek i całego społeczeństwa wpływają motywacje, kultura i tradycja. Dzięki demokracji obserwujemy wzrost aktywizacji życia społecznego. Ludzie są coraz bardziej świadomi pewnych problemów i zagadnień, chcą uczestniczyć w życiu społecznym, przez działalność społeczną włączają się w struktury społeczeństwa obywatelskiego.

> Aktywność społeczna to wszystkie unormowane społecznie działania jednostek, wykonywane w ramach określonych ról społecznych; cechą aktywności społecznej jest czynny stan jednostki, przejawiający się w oddziaływaniu na otoczenie przyrodnicze i społeczne; tak szeroko rozumiana aktywność społeczna jednostki wyraża się w pracy zawodowej, zdobywaniu wiedzy, twórczości, zabawie, uczestnictwie w różnych grupach społecznych, a o jej poziomie decydują czynniki wewnętrzne i zewnętrzne o charakterze psychologicznym, biologicznym i społecznym; aktywność społeczna, rozumiana jako praca społeczna, to uczestnictwo w działaniach zbiorowych wykraczających poza obowiązki związane z pełnieniem funkcji zawodowych i funkcji w rodzinie, zmierzające do realizacji cenionych wartości społecznych; działalność społeczna charakteryzuje się dobrowolnością i samorzutnością, bezinteresownością materialną i motywacjami altruistycznymi, jest traktowana jako jeden z przejawów socjalizacji; aktywność społeczna polegająca na przynależności do różnego typu organizacji społecznych, udziale w pracach tych organizacji jest określana jako zinstytucjonalizowana aktywność społeczna (Zgliczyński 2012).

Przykładem sformalizowanej aktywności społecznej jest wolontariat.

Aktywność społeczna seniorów, która oznacza również aktywność obywatelską, jest uczestnictwem w strukturach społeczeństwa obywatelskiego.

2.1. Uczestnictwo seniorów w strukturach społeczeństwa obywatelskiego

Uczestnictwo ludzi starszych w strukturach społeczeństwa obywatelskiego wyraża się w ich aktywności i zagospodarowywaniu przestrzeni życiowej przez działalność w organizacjach i stowarzyszeniach społecznych oraz grupach samopomocowych, wolontariat czy działalność na rzecz społeczności parafialnej. Jest to dla nich jedna z najlepszych strategii adaptowania się do aktualnej sytuacji życiowej, do życia w starości. Co więcej, szeroko pojmowana aktywność ludzi starszych odnosi się do głównych wymiarów ich przestrzeni życiowej i doskonale wpisuje się w lansowany obecnie model dobrego starzenia się, równoznacznego z aktywnym starzeniem się, z aktywnością w okresie starości.

Każdy może odwoływać się do intuicyjnego rozumienia terminu „społeczeństwo obywatelskie". Jego koncepcja wywodzi się z myśli starożytnej, współczesne rozumienie zawdzięczamy zaś Larry'emu Diamondowi, według którego

> [...] społeczeństwo obywatelskie to dziedzina życia społecznego, które jest otwarte, dobrowolne, samo się tworzące, co najmniej w części samo się utrzymujące, autonomiczne wobec państwa, kierujące się porządkiem prawnym lub zespołem podzielanych norm (Biedrzycki 2007, s. 29).

W innym miejscu czytamy:

> Społeczeństwo obywatelskie (welfare mix) oznacza takie społeczeństwo, w którym obok instytucji demokratycznego państwa, rynku i rodziny funkcjonuje sieć dobrowolnych stowarzyszeń, organizacji typu non-profit, instytucji charytatywnych, grup samopomocowych, związków wyznaniowych, ruchów społecznych, wspólnot, form dobrowolnych zrzeszeń stanowiących podstawę

uczestnictwa obywateli w życiu społecznym (Stojecka-Zuber, Róg 2009, s. 19).

Dyskusje wokół społeczeństwa obywatelskiego są wciąż żywe, co więcej – akcentuje się w nich przekonanie o ważności tego pojęcia, a jednocześnie brak zgody co do jego znaczenia. Mówiąc o społeczeństwie obywatelskim, mamy na myśli pewien typ ładu społecznego, za którego początek w Polsce umownie przyjmuje się rok 1989. Zgodnie z intuicyjnym rozumieniem pojęcia społeczeństwa obywatelskiego jest to zbiorowość charakteryzująca się aktywnością i zdolnością do samoorganizacji oraz określania i osiągania wyznaczonych celów bez impulsu ze strony władz państwowych, przestrzeń między rodziną, państwem a rynkiem, w której działają oddolne organizacje społeczne. W jej obrębie obywatele prowadzą debatę, wskutek której wypracowywane są rozwiązania społeczne dla dobra wspólnego. Wydaje się, że jednym ze sposobów wyjścia z trudności definiowania społeczeństwa obywatelskiego jest tworzenie jego definicji operacyjnych, w których wymienia się główne cechy oddające jego specyfikę, złożoność oraz wielowymiarowość. Jedną z nich jest np. definicja Piotra Glińskiego, mająca charakter strukturalno-normatywny, w której autor wymienia aż dziewiętnaście cech społeczeństwa obywatelskiego. Wśród nich należy zwrócić uwagę na następujące:

- Szacunek dla reguł prawa.
- Indywidualna i zbiorowa aktywność, chęć działania w kwestiach obywatelskich i publicznych. Formy tej aktywności mogą być bardzo zróżnicowane, zarówno indywidualne, jak i zbiorowe, proste, np. artykulacja jakichś potrzeb czy interesów, jak również złożone, np. powoływanie do życia organizacji – reprezentanta interesów określonej grupy społecznej bądź wiekowej.
- Dynamiczna debata publiczna o charakterze stałym, której celem jest definiowanie różnych wartości i interesów społecznych, wyjaśnianie stanowisk i argumentacji w

sprawach publicznych. Debata, która postrzegana jest jako najważniejsza instytucja negocjacyjno-mediacyjna.
- Panowanie podstawowego ładu etycznego, świadomość poczucia sprawiedliwości społecznej i godnego życia wszystkich obywateli – jako warunek obywatelskich więzi, poczucia solidarności społecznej.
- Praktykowanie cnót obywatelskich, rozumianych jako wszelkie ludzkie przymioty budujące pozytywne relacje międzyludzkie i składające się na odpowiedzialność za wspólnotę, w której funkcjonujemy.
- Poczucie wpływu na sprawy publiczne na poziomach lokalnym i ponadlokalnym, możliwe dzięki poczuciu posiadania reprezentacji politycznej. Jest to warunek uczestnictwa w życiu publicznym, a także autentycznej debaty publicznej.
- Funkcjonowanie zasady pomocniczości (subsydiarności), według której społeczeństwo powinno organizować życie społeczne na jak najniższym szczeblu organizacyjnym. Jednocześnie działania niższych jednostek organizacyjnych powinny być wspierane przez jednostki wyższe za pomocą zasobów publicznych wszędzie tam, gdzie zachodzi potrzeba pomocy w rozwoju jednostkom, grupom i środowiskom. Pozwala to na realną współpracę społeczeństwa obywatelskiego z instytucjami państwa (Gliński, Lewenstein, Siciński 2004, s. 59–69).

Edmund Wnuk-Lipiński i Xymena Bukowska za przykładowe przejawy – cechy społeczeństwa obywatelskiego uznają: aktywność społeczną, organizacje pozarządowe, samorządność, wolontariat, współprace dla dobra wspólnego oraz zrównoważony i trwały rozwój.

Na rangę aktywności społecznej realizowanej przez osoby starsze wskazują także cechy społeczeństwa obywatelskiego, którego punktem wyjścia jest człowiek – samorealizujący się, autonomiczny, akceptujący i nastawiony na akceptującą współpracę, a jednocześnie szukający aprobaty u innych. I dalej,

współcześnie idea społeczeństwa obywatelskiego powinna zmierzać do

> [...] otwarcia podmiotowości jednostki na takie doświadczenia, które mogą zaowocować zwiększeniem jej możliwości rozwojowych pojmowanych w kontekście społecznym: możliwości wyzwalania się z narzucanych ograniczeń i możliwości wchodzenia w tego rodzaju interakcje, które nie przynosząc „ucieleśnionych" struktur dominacji, represji i opresji, mogą przyczynić się do poszerzenia zakresu indywidualnej i społecznej wolności (Szkudlarek 1992, s. 157).

Pojęciami dookreślającymi społeczeństwo obywatelskie, które możemy uznać także za jego cechy konstytutywne, są dobrowolność w zrzeszaniu się i podmiotowość. Rdzeń pojęcia „społeczeństwo obywatelskie" stanowią zaś: operowanie poza strukturami państwowymi czy gospodarczymi oraz fakt dobrowolnego zrzeszania się.

2.2. Grupy samopomocowe

Trudno tu o pełny obraz różnorodnych form aktywności seniorów, potwierdzających ich uczestnictwo w strukturach społeczeństwa obywatelskiego, stąd odwołujemy się tylko do wybranych, takich jak: tworzenie grup samopomocowych i uczestnictwo w nich, ze wskazaniem na ich znaczenie w zakresie budowania tożsamości seniorów oraz funkcji, jakie spełniają w ich życiu, aktywność wolontaryjna, wspomagająca budowanie ich ważności i użyteczności społecznej, przy założeniu że aktywność społeczną seniorów w tym obszarze traktujemy jako wartość autoteliczną, wreszcie aktywność parafialna.

Grupy samopomocowe są sposobem wypełniania przestrzeni społecznej takimi relacjami między ludźmi, które przeciwdziałają samotności człowieka, nie niszcząc jednocześnie jego tożsamości, są płaszczyzną społecznego odniesienia dla jego życia. Grupy samopomocowe traktowane są jako system wsparcia oparty na więzi, wzajemnych odczuciach, związkach emocjonalnych, podobnych przeżyciach i doświadczeniach.

> Więzi między członkami grup samopomocowych silnie umocowane są w świadomości wspólnych bądź podobnych przeżyć, doświadczeń borykania się z trudnościami życiowymi. Spełniają one w zasadzie dwa cele:
>
> - wzmacniają człowieka psychicznie, dodają sił poprzez utrwalenie świadomości, że można liczyć na wsparcie i wiedzę innych, również zaangażowanych w problem;
> - mobilizują, stanowiąc specyficzne grupy nacisku. Podstawowym celem grup samopomocowych jest optymalne wypełnienie tej przestrzeni życiowej, której nie jest w stanie wypełnić rodzina bądź system działań instytucjonalnych (Trafiałek 2000, s. 32–33).

Pojęciami, które zawierają się w samopomocy, a jednocześnie określają ludzką tożsamość i obywatelskość, są: wolność, wybór,

odpowiedzialność i zobowiązanie.

Wolność i należąca do niej możliwość dokonywania postanowień i wyborów związane są z odpowiedzialnością za samego siebie i drugiego człowieka.

Podjęcie się odpowiedzialności związane jest ze zobowiązaniem. Człowiek bez zobowiązań nie ma równocześnie odpowiedzialności, a tym samym pozbawiony jest także swej wolności. Jeśli dokładniej przyjrzeć się wymienionym, dookreślającym samopomoc pojęciom, to można zauważyć, że na poziomie definicyjnym zawiera się w niej pewien imperatyw. Otóż warunkiem naszego powodzenia i szczęścia jest drugi człowiek i jego aktywność wraz z tym, co w nią wnosi, z całą sytuacją socjalną i psychologiczną, w której się znajduje. Co więcej, to obszary tej (jego) sytuacji stają się płaszczyzną naszego wspólnego działania. Warunek pomagania sobie leży w umiejętności niesienia pomocy innym. Ludzie wchodzący w takie relacje stoją w obszarze działania między „mogę" a „muszę", czyli w obszarze „chcę".

Grupy samopomocowe nakierowane są na wywoływanie określonych sposobów zachowania lub stanów psychicznych u osób objętych ich działaniami. W wymiarze praktycznym jako grupy stowarzyszeniowe skupiają ludzi, którzy zgadzają się ze sobą w zasadniczych sprawach, tak aby możliwe było współdziałanie. Już sam fakt przystąpienia do współpracy lub zgłoszenia się do pomocy zmienia zachowania ludzi ją deklarujących. Jeśli ta pomoc zostaje przyjęta, odmienia postępowanie drugiego człowieka, partnera naszych działań pomocowych. Inaczej bowiem zachowuje się ktoś, komu ktoś drugi pomaga, a inaczej ten, kto jest pomocy pozbawiony. Współdziałanie jest wynikiem przeżycia określonej motywacji w stosunku do osoby, z którą współpracujemy. W samym współdziałaniu odzwierciedla się najgłębszy element motywacji, mianowicie podczas niego przeżywamy osobowy stosunek do drugiego człowieka, naszego partnera. To pozwala na jego poznanie, zbliżenie się do niego, zrozumienie, podjęcie działań skierowanych na realizację określonych wartości. Co więcej, to

samo działanie staje się wartością. Daje ludziom poczucie celowości życia, dążenia ku czemuś, ku drugiemu człowiekowi i wspólne z nim realizowanie wartości.

W odniesieniu do działań samopomocowych osób starszych można mówić, że mają one trzy cechy, które możemy jednocześnie uznać za ich funkcje:

- Osoby starsze skupione w grupach samopomocowych udzielają sobie wszelkiej pomocy, zarówno w sensie psychicznym, jak i fizycznym – praktycznym. Wpływają na swoje stany psychiczne, co wyraża się w budowaniu świadomości obecności drugiego człowieka, otwartego i gotowego do współdziałania, przekazywania swojej wiedzy, doświadczenia, swoich wartości, wrażliwego i zdolnego do udzielania pomocy i wsparcia. W sensie praktycznym jest to świadczenie sobie wzajemnie usług w zakresie czynności życiowych, dnia codziennego, ułatwiających funkcjonowanie człowieka i optymalizujących jego aktywność życiową i społeczną.
- Działania samopomocowe w grupie osób starszych budują ich podmiotowość, poczucie niezależności i wolności, a także sprawczości – to oni, ludzie starsi, są kreatorami własnego życia i stosunków z innymi osobami. Oznacza to, że seniorzy skupieni w grupach samopomocowych stwarzają sobie nawzajem warunki do tego, aby każdy podejmował decyzje o współdziałaniu w sposób całkowicie wolny, bez ograniczeń i innych społecznych uwarunkowań, a jedynie
- wykorzystując swoje autentyczne przeżycie wartości.
- W samopomocy, we współdziałaniu osoby starsze nie są obiektem oddziaływania, ale kreatorami sytuacji społecznych, uczestniczącymi i samoodpowiedzialnymi podmiotami procesu przezwyciężania trudności, lęku i społecznego wyobcowania. Dzięki temu zarówno przyjmujący, jak i dający pomoc mogą na powrót odzyskać władzę nad swoim życiem w rozmaitych jego aspektach.

Działania samopomocowe realizowane przez osoby starsze poza wymiarem praktycznym przynoszą także bardzo nośne skutki w wymiarze indywidualnym – jednostkowym. W rezultacie są realizacją idei otwarcia się seniorów na świat i drugiego człowieka, jego potrzeby i uwikłanie w splot zdarzeń społecznych, których przekraczanie jest możliwe tylko przy współudziale innych ludzi. Samopomoc jawi się więc z jednej strony jako wartość społeczna, bo stwarza warunki do aktywności, twórczości, strukturalizuje i optymalizuje ludzkie działania i życie, z drugiej zaś – w perspektywie działań praktycznych – jest warunkiem skuteczności zmian środowiskowych, bo ludzkie działanie nie jest oderwane od środowiska.

2.3. Wolontariat seniorów

Dla osób starszych poza rodziną podstawową grupą odniesienia i środowiskiem zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i emocjonalnych jest społeczność lokalna. To w niej seniorzy mają możliwość, bądź sami ją sobie stwarzają, podejmowania szeroko pojmowanej aktywności, która świadczyłaby o ich społecznej ważności i użyteczności, dawała potwierdzenie ich społecznie ważnych działań, które – wpisując ich w struktury społeczeństwa obywatelskiego – stawiają przed nimi coraz to nowe zadania do wykonania i role do wypełnienia. Wyrazem tej aktywności, nowych zadań i ról jest wolontariat osób starszych i podejmowana przez nie działalność w nowej dla nich przestrzeni życia. Z zaznaczeniem że mówimy tu o wolontariacie w wymiarze podmiotowym, czyli o takiej sytuacji, w której to osoby starsze, seniorzy są dawcami działań pomocowych – wolontariuszami, a nie ich biorcami, tak jak zwyczajowo i dość krzywdząco przyjęło się sądzić.

Od strony epistemologicznej i aksjologicznej wolontariat seniorów odzwierciedla wszystkie przyjęte dotychczas sposoby definiowania tego rodzaju aktywności. Pomijając jednak konotacje definicyjne wolontariatu i wolontariusza w ogóle, w odniesieniu do wolontariatu seniorów – z uwagi na kontekst społeczny i egzystencjonalny, w którym się oni znajdują – zasadne wydaje się odwołanie do jego ujęcia według Lecha Witkowskiego. Odnosząc się do jego rozważań nad wolontariatem, należy zauważyć, że bardzo ważnymi cechami tego rodzaju działań są: relacyjność, odpowiedzialność i osobotwórczość. L. Witkowski bardzo mocno podkreśla, że działania z obszaru wolontariatu to każdorazowo pewien rodzaj relacji pomocowej, za której budowanie odpowiedzialność bierze wolontariusz. W swoich rozważaniach akcentuje bardzo interesujące stanowisko, nieobecne w najczęściej spotykanych definicjach, że ta relacja budowana jest często w bardzo trudnej sytuacji, często wręcz traumatycznej.

Samo spotkanie z wolontariuszem, jego obecność, uwypukla złe, bo wymagające uruchomienia działań pomocowych, położenie potrzebującego. To często sytuacja dystansu i dysonansu między wolontariuszem a potrzebującym. Za każdym razem jednak, mimo tych trudności, jest to relacja pomocowa, której wartość jest osobotwórcza, bo daje szansę na budowanie siebie, siebie jako osoby. L. Witkowski, odwołując się do pracy habilitacyjnej Karola Wojtyły *Osoba i czyn* oraz do *Książeczki o człowieku* Romana Ingardena, pisze tak:

> [...] tożsamość osobową wyznacza nie koncepcja siebie, ale czyn, za który bierze się odpowiedzialność. Z kolei, nie jedynym wnioskiem, ale może dla przeciętnego odbiorcy najbardziej szokującą konsekwencją podejścia Wojtyły jest teza, że dobro czynią nie tylko, ani nie przede wszystkim dobroczyńcy, a odwrotnie, czynienie dobra czyni ludzi dobrymi. [...] Poszukiwanie sytuacji trudnych, nawet ekstremalnych, którym będziemy usiłowali sprostać nawet wbrew własnym słabościom, wystawiając je na próbę, może być dobroczynne, a dokładniej dobro – czynne, zwrotnie niosące dobro temu, kto się na nie zdobędzie (Witkowski 2005, s. 23–24).

Przy zachowaniu wszystkich tych konotacyjnych wyznaczników w odniesieniu do wolontariatu ludzi starszych trzeba wskazać na jeszcze jedną bardzo istotną cechę, jaką jest transcendentność.

Można założyć, że w wolontariacie ludzi starszych odnajdujemy jeszcze wymiary osobowy, duchowy i transcendentny, które przeplatając się, czynią z niego bardzo delikatną materię ludzkich odczuć, pragnień, motywacji i przeżyć. Wolontariat w swym wymiarze osobowym, jako pragnienie i umiejętność niesienia bezinteresownej pomocy ludziom potrzebującym, jest pewnym szczególnym rodzajem postawy, wartości. Stawia on człowieka w obliczu ludzkich tragedii i niemocy, każe pochylić się nad nieszczęściem drugiej osoby, ale jednocześnie niejako wymusza pokonywanie własnych słabości, ograniczeń, obaw. Zmusza do przekraczania samego siebie, własnych słabości oraz lęków i w tym właśnie wyraża się jego transcendentna natura.

> [...] istota wolontariatu wymyka się naszym potocznym definicjom. Z jednej strony, należy on do najcenniejszych i najbardziej intymnych wartości człowieka, z drugiej zaś strony, niesie w sobie jakieś wyzwanie, tajemnicę, która sprawia, że człowiek przekracza samego siebie. Ta transcendentna natura wolontariatu każe nam myśleć o nim z wielką delikatnością, podobną do tej, na jaką zasługuje ludzka miłość. Ta sama duchowa natura wolontariatu każe nam także unikać jakiegokolwiek redukowania go do czegoś, czym nie jest. Nie wolno nam zatem mówić o wolontariacie wyłącznie w kategoriach czysto psychologicznych („potrzeba", „resentyment", „gratyfikacja" itp.), politycznych, społecznych czy choćby utylitarnych. Wszystkie one bowiem oddają tylko część prawdy o wolontariacie, natomiast z całą pewnością nie oddają prawdy najistotniejszej, tej mianowicie, jaką kryje w sobie każdy człowiek jako osoba (Chrapek 2001, s. 14–15).

Duchowość wolontariatu wyraża się w tym, że jest on obcowaniem z drugą osobą, rozgrywa się w świecie ludzi i angażuje całego człowieka.

Trzeba też pamiętać, że wolontariat seniorów, także w naszych społeczno-kulturowych realiach, nie jest tylko konstruktem poddającym się wyłącznie epistemologicznym i aksjologicznym rozważaniom, ale zarazem zwyczajną i niezwyczajną, często niedającą się podporządkować żadnym regułom racjonalności działalnością konkretnych osób, które poszukując w niej innych ludzi, tak naprawdę odnajdują siebie.

Odzwierciedlają to badania empiryczne o charakterze pilotażowym przeprowadzone na terenie województwa świętokrzyskiego. W badaniach wzięto pod uwagę wszystkie osoby powyżej 55. roku życia, które realizują działalność wolontaryjną, a jej potwierdzenie uzyskano w centrach wolontariatu, jak np. w Kielcach, lub innych organizacjach pozarządowych. Badania wolontariatu ludzi starszych, których omawiane badania pilotażowe są tylko niewielką częścią, skupiono wokół problemu głównego: jaką rolę w życiu ludzi starszych pełni realizowana przez nich działalność wolontaryjna. Pośród wielu problemów szczegółowych znalazły się pytania o źródła wiedzy na temat możliwości podjęcia działalności wolontarynej i czas jej trwania.

Ponadto pytano także o motywy podjęcia tego typu aktywności oraz korzyści, jakie płyną z jej realizacji.

Założono, że działalność wolontaryjna realizowana przez osoby starsze różnicować się będzie ze względu na cechy takie, jak: wiek, płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania.

Społeczno-demograficzna charakterystyka badanej populacji wskazuje na to, że w badaniach wzięło udział 68 osób, wśród których 57 to kobiety, a 11 to mężczyźni. Wśród badanych dominowało wykształcenie średnie – 38 osób (35 kobiet i 3 mężczyzn) oraz wyższe – 17 osób, tj. 11 kobiet i 6 mężczyzn. Wykształcenie zawodowe posiadło 10 osób, a podstawowe tylko 3 – 2 kobiety i 1 mężczyzna. Większość badanych plasowała się w kategorii wiekowej 55–60 lat: 36 kobiet i 5 mężczyzn, oraz 61–66 lat: 21 osób, w tym 18 kobiet i 3 mężczyzn. Tylko 5 osób (3 kobiety i 2 mężczyzn) znalazło się w przedziale wiekowym 67–72 lata i tylko 1 mężczyzna, z wykształceniem wyższym – w kategorii wiekowej powyżej 73 lat. Większość respondentów mieszka w małym mieście – 29 osób (25 kobiet, 5 mężczyzn). Istniała pewna równowaga między osobami żyjącymi w dużym mieście i tymi mieszkającymi na wsi. Pierwszych było 20, drugich – 19, z czego 15 to kobiety i 4 to mężczyźni. Większość badanych utrzymywała się z emerytury (48) i należała do osób zamężnych (36). W badanej populacji było 16 wdów i 3 wdowców, osoby samotne reprezentowane były przez 13 osób, 11 kobiet i 2 mężczyzn. W ocenie obecnej sytuacji życiowej 36 osób wskazało na kategorię zadowalająca, 19 – dobra, 10 – zła, a tylko 3 – bardzo dobra. Tak więc ze społeczno-demograficznej charakterystyki badanych osób można wnosić, że wolontariuszami są najczęściej kobiety z wykształceniem średnim i wyższym z przedziału wiekowego między 55. a 66. rokiem życia utrzymujące się z emerytury i mieszkające w małym mieście. Badania miały charakter pilotażowy, w związku z czym mała populacja badawcza nie uprawnia do uogólnień, niemniej można sądzić, że płeć będzie cechą różnicującą działalność wolontaryjną osób starszych. Zdecydowana przewaga kobiet w tym obszarze aktywności może

wynikać z pełnionych przez nie ról społecznych i innych, wynikających z płci właśnie.

Badania zdają się potwierdzać tezę, że wolontariat ludzi starszych jest stosunkowo młodą w warunkach polskich formą aktywności osób z tej kategorii wiekowej. Podając długość trwania działalności wolontarycznej, aż 50 osób (43 kobiety i 7 mężczyzn) wskazało na czas od 3 do 5 lat, 10 osób (7 kobiet i 3 mężczyzn) – od 5 do 10 lat, tylko 3 kobiety – do 20 lat.

Głównymi źródłami wiedzy o możliwości podjęcia pracy w charakterze wolontariusza dla badanych osób były środowiska lokalne. Najwięcej wskazań padło na księdza – 22, następnie znajomych – 21, rodzinę – 15, sąsiadów – 10 i środki masowego przekazu – tylko 3.

Z dużą ostrożnością można przypuszczać, że wolontariat to forma działalności środowiskowej, zmierza bowiem do odczytywania potrzeb ludzi z danego środowiska i dąży do ich zaspokojenia przy wykorzystaniu tkwiących w nim samym możliwości i sił, np. wolontariatu. Wolontariat można więc postrzegać jako jedną z głównych form aktywizacji środowiska i różnych grup społecznych.

Jedną z głównych cech służących do diagnozy i opisu wolontariatu ludzi starszych jest motywacja, dla której podejmują tę działalność. Wśród wielu kategorii opisujących motywację badanych seniorów do ich działalności wolontaryjnej najwięcej wskazań uzyskały dwie: chęć niesienia pomocy – 53 (45 kobiet i 8 mężczyzn) oraz potrzeba serca – 31. Na miejscu trzecim znalazła się chęć bycia wśród ludzi – 28 wskazań, na czwartym aż dwie kategorie, z taką samą liczbą wskazań (24): troska o innych ludzi i nakaz religijny. Na dalszych pozycjach znalazły się: sposób na spędzanie wolnego czasu – 21, satysfakcja i duma – 16, zdarzenie losowe – 14. Tak więc motywacja badanych osób odzwierciedla dwie najistotniejsze cechy wolontariatu, a mianowicie dobrowolność i altruizm. Jest on przede wszystkim wynikiem indywidualnych wyborów, a motywy kierujące podjęciem tych działań bywają ściśle osobiste. Wyniki badań pozwalają sądzić, że

to właśnie altruizm, wolna wola, poświęcenie i gotowość do współdziałania są głównymi cechami wolontariatu ludzi starszych.

Te cechy wydają się też mieć potwierdzenie w tym, co ludzie starsi – wolontariusze – czerpią ze swej działalności. Spytani o to, jakie korzyści płyną z realizowanej przez nich działalności, na pierwszym miejscu wskazywali takie kategorie, jak: satysfakcja i świadomość, że jest się komuś potrzebnym – po 41 wskazań. Wśród kolejnych znalazły się: poczucie sensu z życia i działania – 37 wskazań, radość – 36, wiara w dobroć i oddanie ludzi – 24, samorealizacja – 19, wzmocnienie poczucia własnej wartości – 16, kreowanie wizerunku dobrej starości – 14. Z takich wyników badań wynikać może, że wolontariat ma dla ludzi starszych ogromne znaczenie, zwłaszcza w wymiarze duchowym i transcendentnym. Pozwala im budować poczucie własnej wartości i przekonanie, że są komuś potrzebni oraz że to, co robią, jest ważne i społecznie akceptowane.

Z perspektywy diagnozy i opisu wolontariatu ludzi starszych interesujące było także pytanie o to, jakie – zdaniem badanych osób – społeczne znaczenie ma pełniona przez nich służba. W odpowiedziach na to pytanie znalazły się takie odpowiedzi, jak:

- buduje pozytywne postawy wobec starości – 37 wskazań (31 kobiet, 6 mężczyzn);
- jest dowodem na przekraczanie własnych ułomności i niedoskonałości – 35;
- jest społecznym komunikowaniem potrzeb ludzi starszych – 27;
- obala stereotypy na temat starości – 23;
- buduje porozumienie międzypokoleniowe – 21;
- przełamuje bariery społeczne – 20;
- integruje środowisko lokalne – 19 (Chabior 2011a, s. 95).

Badania nad wolontariatem hospicyjnym osób starszych prowadził A. Fabiś,
a wzięły w nich udział 72 osoby, z czego 62 to kobiety, a tylko 10 to mężczyźni. Wspomniane badania pokazały, że wolontariat hospicyjny w 34% jest sposobem na samotność. Ta trudna

działalność na rzecz drugiego człowieka – zgodnie z prezentowanymi badaniami – przynosi wymierne korzyści aktywnym seniorom w postaci zdobywanych dzięki niej umiejętnościom. Połowa respondentów twierdziła, że dzięki wolontariatowi w hospicjum przygotowana jest lepiej do zdobycia innej pracy zawodowej, a to dzięki uzyskaniu takich umiejętności, jak: komunikacja interpersonalna – 28% wskazań, zdolność empatii – 24%, umiejętność dawania wsparcia – 16%.

Wśród podstawowych przyczyn podjęcia wolontariatu na rzecz chorych terminalnie przez osoby starsze oraz korzyści dla samych seniorów, wynikających z tej działalności, znalazły się: poczucie bycia potrzebnym, spotkanie z innymi generacjami, kompensacja samotności, nabywanie nowych kompetencji, oswajanie ze śmiercią, podwyższenie samooceny, dostrzeganie wyższych wartości, poczucie sensu życia. We wniosku kończącym postawiona została teza, że kobiety bardziej predysponowane są do pracy na rzecz innych, terminalnie chorych, między innymi dlatego, że to je właśnie cechują pokora i cierpliwość, a te przymioty nabierają ogromnego znaczenia w pracy z takimi osobami (Fabiś, Kędziora 2008, s. 75–81).

W ocenie społecznej ważności wolontariatu ludzi starszych wyłaniają się dwie płaszczyzny. W jednej wskazuje się na tę formę aktywności jako na społecznie akceptowaną i ważną dziedzinę ludzkiej działalności, bo uruchamiającą szeroko pojmowane porozumienie i integrację międzypokoleniową i szerzej – środowiskową. W drugiej wolontariat ludzi starszych jawi się jako niezwykle delikatna materia realizujących się ludzkich pragnień, marzeń, oczekiwań, jako sfera, w której ludzie nabierają dystansu do własnych słabości w świetle ułomności innych ludzi, lub jako płaszczyzna duchowej wewnętrznej integracji i umacniania. Sumując oba te podejścia, należy zauważyć, że wolontariat z całą pewnością jest przejawem społeczeństwa obywatelskiego, a wolontariat seniorów potwierdza budowanie jego struktur przez osoby starsze.

3. Uczestnictwo i aktywność kulturalna osób starszych

Aktywność to warunek funkcjonowania w świecie, tym bardziej że żyjemy w kręgu kultury zachodnioeuropejskiej, w której akceptuje się i promuje zachowania aktywne, a nie pochwala się zachowań biernych, odsuwających na margines życia społecznego. Aktywność zwłaszcza w okresie starości traktowana jest jako warunek regulacji stosunków człowieka starego ze światem, jego układania się z ludźmi i realizowania w niej wartości, które pozwalają mu kształtować swoje życie w taki sposób, aby przebiegało pomyślnie. Aktywność jako istotny składnik rozwoju osobowości oraz określona forma działalności ludzkiej nakierowana na osiągnięcie wytyczonego celu i zaspokojenie potrzeby bardzo wysoko koreluje z jakością życia zwłaszcza w okresie starości, w takim kierunku, że im ona intensywniejsza i różnorodniejsza, tym wyższa i lepsza ocena życia seniorów. Ta z kolei naturalnie łączy się z koncepcją pomyślnego starzenia się (Wawrzyniak 2009).

Obecnie w obliczu znacznego i ciągle powiększającego się udziału osób starszych w populacji kraju nikt nie podaje w wątpliwość konieczności zmian w społecznym i kulturalnym funkcjonowaniu osób starszych. Powstaje tylko pytanie, jak dalece i w jakim kierunku będą one zmierzać.

Definicje aktywności kulturalnej były budowane lub operacjonalizowane na podstawie wcześniej przyjętej definicji kultury. Wyznacza ona najczęściej ramy pola badawczego i razem z nimi decyduje o tym, jaki kształt i zakres przyjmuje pojęcie aktywności kulturalnej. Najczęściej traktowana jest ona jako rodzaj działalności w czasie wolnym, a jej przebieg sprowadza się do odbioru treści głównie kultury masowej. Wiąże się z koncentracją na pozainstrumentalnych funkcjach kultury, które

realizowane są w czasie wolnym. Taka sytuacja powoduje, że aktywność kulturalna sprowadzana jest do działalności odpoczynkowo-zabawowej sfery kształcąco-poznawczej, najczęściej ujmowanej w relacji z pracą zawodową (Chabior 2000, s. 56).

Rozważania nad aktywnością kulturalną przyniosły trzy podejścia do jej definiowania, a każde z nich wynika z wcześniej przyjętej koncepcji kultury:

- Aktywność kulturalna traktowana jest jako działalność wolnoczasowa mająca doprowadzić do uczestnictwa w kulturze w ramach, wyodrębnionych teoretycznie, układów kultury. To udział w kulturze realizowany za pośrednictwem podstawowych form komunikacji międzyludzkiej i organizacji kultury, przebiegający w trzech układach kultury (Aleksander 1974, s. 11). Aktywność kulturalna utożsamiana jest z uczestnictwem w kulturze, przebiegającym w ramach upowszechniania kultury, którego celem jest wywoływanie wewnętrznych impulsów i pragnienie odbiorczego i/lub twórczego przeżywania kultury. To czynności i działania podejmowane przez ludzi w czasie wolnym (Gładysz 1974, s. 9).
- W podejściu drugim aktywność kulturalną traktuje się jako indywidualny udział w zjawiskach kultury, rozpatrywana jest ona od strony zachowań ludzi, ich działania według obowiązujących w danej grupie społecznej norm i wzorów zachowań, sposobów i stylów uprawiania uczestnictwa kulturalnego (Tyszka 1971, s. 49–50).
- Po trzecie aktywność kulturalną traktowano jako partycypację w kulturze przez dialog międzyludzki, formę komunikacji międzyosobowej realizowanej przez wartości kulturowe, wynikające z wyboru, odpowiedzialności i wolności jednostki podejmującej tę aktywność. Postrzegano ją jako „[...] fragment rzeczywistości, który z jednej strony jest powszechnie stosowaną praktyką społeczną, a z drugiej występuje jako uznany sposób spełniania się aktywności

kulturalnej ludzi, jako rodzaj indywidualnego i wspólnotowego bycia w świecie, a także komunikowania się przez kulturę" (Rogalski 1996, s. 12).

W badaniach nad aktywnością kulturalno-oświatową, prowadzonych pod koniec lat dziewięćdziesiątych XX wieku, a które w rezultacie przyniosły określenie jej funkcji, przyjęto następującą definicję aktywności kulturalnej ludzi starszych:

> [...] to określona forma działalności ludzkiej – nakierowanej na zaspokajanie potrzeb indywidualnych i społecznych. [...] Jest ona formą porozumiewania się ludzi poprzez przyjęte i preferowane wartości, normy i wzory zachowań. Daje możliwość rozszerzania starych i wchodzenia w nowe kontakty międzyludzkie wzbogacające osoby aktywne o nowe doświadczenia, ułatwiające ich uczestnictwo w życiu społecznym. Angażując sferę percepcyjno-ekspresyjną, staje się formą wyrażania własnych myśli, dążeń i pragnień. [...] Jej istota wyraża się w świadomym i umiejętnym regulowaniu stosunków własnych jednostki z otoczeniem tak, aby jej życie przebiegało pomyślnie. Angażując osobowość ludzi i wyzwalając ich emocje, wpływa na postawy ludzi i preferowany przez nich styl życia (Chabior 2000, s. 59–60).

Aktywność kulturalna spełnia w życiu aktywnych ludzi starszych następujące funkcje:

- **Funkcja profilaktyczna** – odracza w czasie niedomagania natury fizycznej, psychicznej i społecznej seniorów i im zapobiega. Przeciwdziała osamotnieniu i zanikowi kontaktów interpersonalnych w życiu ludzi starych. Aktywność jest zabezpieczeniem przed oddziaływaniem niekontrolowanych i niekorzystnych wpływów środowiska, a tym samym kształtowaniem się cech i dyspozycji niepożądanych w życiu ludzi starszych, zarówno ze społecznego, jak i indywidualnego punktu widzenia.
- **Funkcja terapeutyczna** – przywraca ludzi do satysfakcjonującej i zadowalającej kondycji fizycznej i psychicznej. Pozwala na zachowanie sprawności psychomotorycznej do bardzo późnych lat życia. Pomaga łagodzić cierpienie, smutek, poczucie osamotnienia, odwracać

od nich uwagę. Przywracając równowagę psychiczną i emocjonalną, choć na chwilę buduje poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji.

- **Funkcja kompensacyjna** – oznacza aktywność wyrównującą rzeczywiste lub domniemane braki w innych dziedzinach życia. Najczęściej kompensuje utracone po przejściu na emeryturę wartości pozaekonomiczne pracy, takie jak: satysfakcja z wykonywania czynności ważnych społecznie, pozycja i prestiż społeczny, kontakty z ludźmi.
- **Funkcja informacyjna** – aktywność, zwłaszcza kulturalna i edukacyjna, jest jednym z ważniejszych sposobów zdobywania informacji o bieżących wydarzeniach politycznych, gospodarczych i ekonomicznych, daje poczucie bycia w nurcie spraw ważnych i aktualnych.
- **Funkcja integracyjna** – wyraża się w pogłębiającym się stopniu identyfikacji poszczególnych osób z grupami społecznymi, umacnia stosunki seniorów z rówieśnikami, jest płaszczyzną do kontaktów i integracji międzypokoleniowej, kształci nawyki współpracy i zbiorowego celowego działania.
- **Funkcja kształcąca** – sprzyja doskonaleniu takich cech, jak: zainteresowania, umiejętności umysłowe, upodobania estetyczne, postawy społeczno-moralne, twórcze. Jej wyrazem jest otwartość na różnorakie treści edukacyjne, kulturalne, społeczne. Rozwija sposób wyrażania własnych myśli, rozbudza potrzebę kontaktu z drugim człowiekiem i chęć społecznego działania.
- **Funkcja rekreacyjno-rozrywkowa** – aktywność likwiduje zmęczenie i znużenie, a tym samym przywraca ludziom siły do kontynuowania działalności. Przeciwważy szarości dnia codziennego, odrywa od niej, wprowadza w świat fikcji i przygody, przez co odświeża psychicznie, poprawiając nastrój i samopoczucie. To z kolei wpływa na sprawność i jakość wykonywanych czynności i – co ważniejsze – na stosunek do siebie, innych i szerzej otoczenia.
- **Funkcja prestiżowa** – w wymiarze indywidualnym jej istota sprowadza się do osobistej satysfakcji, w wymiarze

społecznym – do podnoszenia autorytetu i uznania osób aktywnych w każdym obszarze życia (Chabior 2000).

Funkcje te rozpatrywane w aspekcie ich wpływu na proces adaptacji do starości traktować należy jako możliwe, a które z nich faktycznie będą pełnione w życiu ludzi aktywnych, zależy od poziomu, treści i sposobu realizowanych działań.

Zarówno poziom, sposób, jak i treść realizowanej aktywności kulturalnej seniorów determinowane są obiektywnymi warunkami życia, takimi jak: status społeczny i ekonomiczny, dobry stan zdrowia oraz pozytywne relacje z rodziną i przyjaciółmi, a także środowiskowymi, w tym głównie ofertą kierowaną ze środowiska i potencjałem tkwiącym w nim samym. Nie bez znaczenia są też zmienne demograficzne charakteryzujące osoby starsze, takie jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania właśnie czy wykształcenie. Wreszcie istotne są również uwarunkowania subiektywne, wśród których nie można pominąć zainteresowań ukształtowanych w czasie całego życia, potrzeb i aspiracji kulturowych, predyspozycji osobowościowych, wreszcie preferencji estetycznych.

Obecnie nikt już nie kwestionuje faktu, że populacja seniorów jest bardzo wewnętrznie zróżnicowana, podobnie jak tego, że pod względem zachowań, potrzeb, aspiracji, oczekiwań i wyglądu współczesny senior to zupełnie inna osoba niż jego rówieśnik sprzed dziesięciu czy dwudziestu, a może tylko pięciu lat. Nikt również nie ma wątpliwości, że ciągle przekształcają się i rozwijają stare formy uczestnictwa kulturalnego oraz powstają coraz to nowsze, pojawiają się nowe możliwości przekazu kulturowego, edukacyjnego i społecznego. Nowe technologie i stwarzane przez nie szanse na wymianę myśli, poglądów, dążeń, wartości i dóbr otwierają nowe płaszczyzny aktywności dla osób starszych. Zmiany w samej populacji seniorów powodowane szeroko rozumianymi przeobrażeniami społecznymi, w tym mentalnościowymi, dyktowanymi zresztą rozwojem cywilizacyjnym, wymuszają modyfikację sposobu postrzegania, definiowania i badania aktywności oraz uczestnictwa kulturalnego osób starszych.

Zmiany w sposobie badania i definiowania aktywności oraz uczestnictwa kulturalnego osób starszych dyktowane są przede wszystkim:

- Rozrostem populacji seniorów i wchodzeniem do niej osób coraz lepiej wykształconych, z rozbudzonymi aspiracjami i zainteresowaniami oraz lepszą sytuacją zdrowotną i materialną.
- Zmianą w sposobie postrzegania ludzi starszych i starzejących się oraz ich miejsca w społeczeństwie i rodzinie, które w pierwszej kolejności warunkowane jest kulturowo, kształtowane pod wpływem socjalizacji i wychowania, łączy się bardziej z doświadczeniem osobowym, panującymi stereotypami i wiedzą aniżeli świadomością wieku – liczbą kalendarzowo przeżytych lat. To związane jest z „zanurzeniem" seniorów w „czasie bez wieku", co z jednej strony jest wynikiem i osiągnięciem postępu cywilizacyjnego (medycyna, farmakologia, medycyna kosmetyczna), z drugiej zmianami mentalnościowymi (dziś znacznie więcej wypada i przystoi pięćdziesięcio-, sześćdziesięcio- a nawet siedemdziesięciolatkom w zakresie ubioru, stylu życia, realizowanej aktywności aniżeli ich rówieśnikom sprzed dwudziestu czy tylko dziesięciu lat). Aktywność seniorów zawsze mieściła się w granicach oczekiwań społecznych, tak jest i teraz, tyle że zmieniły się te oczekiwania właśnie.
- Popularyzowaniem i rozpowszechnieniem mediów cyfrowych i nowych technologii, co zmieniło praktyki uczestnictwa w kulturze. Z tym wiąże się bezpośrednio konieczność zmiany w metodologii badań aktywności i uczestnictwa kulturalnego osób starszych. Trzeba w niej odejść od badania zinstytucjonalizowanej konsumpcji kulturowej przy pomijaniu innych praktyk kulturowych. W nowym sposobie badania i opisu aktywności kulturalnej osób starszych należy uwzględniać i badać znaczenie oraz wartość wykorzystywanych nowych technologii, nowych kanałów dystrybucji i form uczestnictwa, tak aby uwzględnić w nich:

ruch amatorski, niesformalizowany, oddolny, niekomercyjny, ukazujący rolę nowych technologii, społecznej i pozarynkowej wymiany treści kulturowej (Sójka *et al*. 2012, s. 11). Przyjmując te założenia w raporcie *Po co seniorom kultura. Badania kulturalnych aktywności osób starszych*, wprowadzono następujące definicje:

Uczestnictwo w kulturze za Markiem Krajewskim traktować należy jako zespół społecznych praktyk kulturowych; zespół różnorodnych działań związanych z wymianą, przetwarzaniem, wykorzystaniem treści kulturowych (produktów kultury i sztuki), mający charakter procesu komunikacji nadawców i odbiorców. Uczestnictwo w kulturze zakłada posiadanie kompetencji kulturowych umożliwiających wymianę i transformację treści kulturowych (Krajewski 2011). To definicja, która podkreśla (współ)działanie i (współ)oddziaływanie dwóch stron – nadawców i odbiorców. [...] Zmiany powinny nastąpić także w relacjach uczestników z instytucjami kultury. Problemem, jaki się zauważa, jest niska wiedza instytucji kultury na temat tego, kto jest ich klientem. Wynika to z braku badań dotyczących potrzeb i oczekiwań korzystających z usług tych instytucji. Tymczasem rozpoznanie potrzeb widza, określenie tego, co robi on z doświadczeniami, które zdobywa, korzystając z instytucji kultury, określenie, w jaki sposób korzysta z kultury, jest niezbędne, by instytucja kultury była dla niego partnerem, wyborem, z którego chętnie korzysta, a nie koniecznością (Sójka *et al*. 2012).

Nowe partnerskie relacje nie będą możliwe bez poznania drugiej strony. Należy zatem tak ukierunkować relacje między odbiorcami, widzami, uczestnikami a instytucjami kultury, by oparte były one na dialogu i „otwartych" relacjach. Instytucje kultury nie mają oferować czegoś gotowego, skończonego, z czym widz ma się zapoznać, przyjąć, a następnie wrócić do domu. Mają one włączyć uczestnika w proces twórczy, partycypować z nim, współuczestniczyć, współtworzyć wydarzenie. Ta zmiana podejścia do uczestnika kultury jest wynikiem nowej sytuacji kulturowej. W obliczu usieciowienia kultury, otwartości i dostępności zasobów, z których można korzystać bezpłatnie i nie ruszając się z domu, zmiana relacji jest swoistym dostosowaniem się do nowych warunków. Internet jest bowiem doskonałym przykładem na to, iż kultura w nowym kontekście nie jest stała, niezmienna, gotowa, lecz otwarta, wręcz zapraszająca uczestników do przekształceń, modyfikacji i zmian (Sójka *et al*. 2012, s. 12–14).

Badania *Diagnozy społecznej 2011* ukazują, że teatrem, operą, operetką, filharmonią czy koncertem najczęściej niezainteresowane są gospodarstwa rencistów (ponad 61% gospodarstw), rolników i emerytów (odpowiednio 54% i prawie 53% gospodarstw). Ponadto zaobserwować można utrzymującą się tendencję, że osoby posiadające niskie wskaźniki cywilizacyjne (niskie wykształcenie, niskie dochody, słabe wyposażenie mieszkań w nowoczesne technologie komunikacyjne) uczestniczą niemal wyłączenie w jednej formie kultury, którą jest oglądanie telewizji (Czapiński, Panek 2011).

Ostatnie badania pokazują też, że współczynnik osób deklarujących pójście do teatru na 2011 rok waha się w przedziale od 8 do 18%. Wskazania dotyczące wyjścia do kina wahają się od 16 do 44%, a odsetek Polaków czytających książki dla przyjemności oscyluje w granicy 54–64% (*Aktywność i doświadczenie Polaków*... 2012).

Pisząc o uczestnictwie w kulturze, nie można pominąć jej obiegu, czyli kanałów, którymi dociera ona do odbiorców. Nowe technologie (a w szczególności dostęp do Internetu) sprawił, że przed uczestnikami kultury otworzyły się nowe, nieformalne obiegi jej treści. Oczywiście nieformalny obieg kultury istniał już wcześniej. Teraz jednak zdecydowanie się zintensyfikował. Dotyczący tego raport (Filiciak, Hofmokl, Tarkowski 2012) pokazuje, że w sferze nieformalnej (rozumianej jako wymiana książek, muzyki i filmów w postaci cyfrowej za pośrednictwem Internetu) bierze udział co trzeci Polak. Jak zatem w tym ważnym obiegu kultury odnajdują się seniorzy? Okazuje się, że populacja osób powyżej 40. roku życia w zasadzie nie uczestniczy w obiegu treści cyfrowych. Korzystanie z wymiany treści cyfrowych deklaruje 17% osób w wieku 40–59 lat i jedynie 6% osób w starszym wieku. W przypadku ściągania treści z sieci czyni to jedynie 5% osób w wieku 40–59 lat i zaledwie 1% osób starszych.

Mimo rosnącego odsetka korzystających z Internetu osób powyżej 65. roku życia (w 2003 roku w tej grupie wiekowej posługiwało się nim zaledwie 0,9% seniorów, a w 2011 roku – 10,6%), to nadal występują ogromne międzypokoleniowe różnice

w tym aspekcie rzeczywistości społecznej. Nowe technologie oraz Internet stają się codziennością dla najmłodszych pokoleń – 93,1% osób w wieku 16–24 lat w 2011 roku korzystało z zasobów sieci, ciągle jeszcze nie dotyczy to ludzi starszych (Sójka *et al*. 2012, s. 14–16).

Ostatecznie wskazany wyżej raport przyniósł takie oto konkluzje:

- Poziom wykształcenia wpływa na styl życia, aspiracje i potrzeby seniorów, ich samoświadomość, ponadto wyższe wykształcenie determinuje większe zaangażowanie społeczne. Lepsza jakość życia i wyższe wykształcenie warunkują większe uczestnictwo w kulturze (Sójka *et al*. 2012, s. 16–17).
- Z obrazu diagnozowanych aktywności kulturalnych seniorów wyłoniły się dwie wiodące formy tego uczestnictwa, bardzo się między sobą różniące – z jednej strony to senior zorganizowany, formalnie zrzeszony w klubach seniora, uniwersytetach trzeciego wieku i innych organizacjach społecznych, z drugiej senior indywidualny, pojedynczy, wolny od formalnych, zbiorowych zrzeszeń (Sójka *et al*. 2012, s. 17–18).

3.1. Kluby seniora miejscem uczestnictwa i aktywności kulturalnej seniorów

Historycznie i zwyczajowo kluby seniora traktujemy jako placówki wolnoczasowe dla osób w starszym wieku, miejsce, gdzie mogą one realizować swoje zainteresowania, rozwijać hobby, czuć się w kręgu spraw i ludzi, których znają i rozumieją, co więcej – którzy wykazują postawę akceptującego uczestnictwa, tzn. kluby seniora są płaszczyzną spotkania i porozumienia ludzi o podobnych wartościach, zainteresowaniach, priorytetach i sposobach realizowania siebie wśród innych osób. Jednak w ciągu ostatnich kilku lat kluby seniora zaczęły wpisywać się w świadomość ludzi, zwłaszcza starszych, a więc tych, do których kierują ofertę swoich działań, jako placówki pomocowe powoływane do życia przez podmioty pomocy społecznej, takie jak powiatowe centra pomocy rodzinie czy ośrodki pomocy społecznej. Tak więc kluby seniora zwyczajowo (ale także merytorycznie) zaczynają być traktowane jako forma pracy socjalnej, aktywizacji społecznej i życiowej, której głównym zadaniem jest utrzymanie ludzi starszych w stanie aktywności, a tym samym – samowystarczalności i samodzielności życiowej, do jak najdłuższych lat życia w naturalnym dla nich środowisku.

Traktowanie klubów seniora tylko jako formy wsparcia i aktywizacji społecznej uznać należy za dość zawężone, tym bardziej że współcześnie funkcjonujące znacznie rozszerzyły ofertę swoich działań i tym samym pełnionych przez nie funkcji. Odwołując się do teorii uczestnictwa kulturalnego oraz animacji społecznej i edukacyjnej, można zauważyć, że mają one znacznie szerszy społeczny i kulturowy kontekst. Oznacza to, że klubom seniora należałoby przywrócić dawny prestiż i znaczenie jako placówkom uczestnictwa kulturalnego i animacji społeczno-

edukacyjnej, wpisując je tym samym w nurt edukacji permanentnej z jednej strony i aktywizacji społecznej z drugiej.

Przyjęcie definicji upowszechniania kultury Józefa Kargula[1] wskazuje na to, że kluby seniora są placówkami upowszechniania kultury. Jednak należy je rozumieć nieco inaczej, nie tylko jako udostępnianie wartości kultury. Wydaje się, że autotelicznej wartości upatrywać należy przede wszystkim w zetknięciu się osób zainteresowanych z określoną aktywnością.

W pracach gerontologicznych z ostatniej dekady odnoszących się do aktywności seniorów w zasadzie nie spotyka się odniesień do teorii animacji kulturalno-społecznej. Być może dzieje się tak dlatego, że zakres pojęciowy animacji jest dość zbliżony do zakresu pojęciowego aktywizacji, choć z pewnością należy go uznać za obszerniejszy. Można nawet zaryzykować tezę, że odnoszą się do analogicznych działań, procesów, zjawisk i obszarów rzeczywistości społecznej.

Wskazuje się na trzy sposoby rozumienia animacji, w których traktuje się ją jako: kierunek działania wśród i dla ludzi, metodę działania w pracy kulturalnej i wreszcie jako proces odkrywania siebie na drodze twórczej aktywności. W animacji powinna znaleźć się działalność społeczna, edukacyjna, informacyjna, promująca wieloraki rozwój człowieka i przynosząca rozwój jego tożsamości. Bez względu na to, czy przebiega ona w formach instytucjonalnych czy w tzw. codziennym życiu, jej celem jest budzenie ducha twórczej aktywności wśród jednostek i grup społecznych, inicjowanie i prowadzenie czynności w zakresie aktywizowania, koordynowania oraz szeroko pojętej działalności społeczno-kulturalnej.

Animacja jako metoda działania w pracy kulturalno-oświatowej polega na stymulacji do aktywności zarówno społeczności lokalnej, jak i małej grupy, do działania mającego na celu ulepszanie życia społecznego środowiska. Animacja w tym rozumieniu to dodawanie sił do działania, zachęcanie, rozpalanie, ożywianie, podnoszenie życia na wyższy poziom.

Rozpatrując dziedziny animacji, a także różne jej definicje, najczęściej wskazuje się na animację społeczno-kulturalną. Traktuje się ją jako ożywianie i uruchamianie sił społecznych tkwiących w środowiskach do dokonywania przeobrażeń o charakterze społecznym, ekonomicznym i kulturalnym. To stwarzanie warunków do bycia aktywnym, dodawanie bodźca do podejmowania nowych inicjatyw, pobudzanie do aktywności jednostek i grup społecznych, pośredniczenie i zachęcanie do uczestnictwa w życiu społecznym.

> Animacja implikuje trzy ściśle połączone ze sobą procesy:
> 1) proces odkrywania – chodzi tu o stwarzanie takich warunków, aby grupa i cała jednostka ujawniła swoje problemy, wątpliwości i pragnienia [...];
> 2) proces tworzenia związków – to kontakty ludzi między sobą, jak również z działami i twórcami, u podstaw tych związków leży wzajemne zrozumienie i porozumienie (ugoda) oraz konflikt i negacja;
> 3) proces twórczości (kreacji) – wyraża się dzięki sprzężeniu jednostek i grup z ich otoczeniem poprzez ekspresję, inicjatywę, odpowiedzialność i działania twórcze.
>
> Procesy te – odkrywania, tworzenia związków, twórczości (kreacji) – są ze sobą połączone i charakteryzują najbardziej istotne cechy animacji [...] (Żebrowski 1987, s. 11),

a ich głównym celem są zmiany postaw jednostek i stosunków interpersonalnych przez bezpośrednie oddziaływanie.

Placówki te kierują bogatą ofertę do swych słuchaczy, od działań o charakterze wolnoczasowym, przez kursy językowe i informatyczne, warsztaty artystyczne, po fitness kluby i gabinety kosmetyczne. Zainteresowanie działaniami klubów seniora ciągle rośnie, cieszą się one popularnością, a zapotrzebowanie na tego typu placówki jest coraz większe, tym bardziej że doskonale wpisują się w lansowany model dobrego, tzn. aktywnego starzenia się. Cele klubów seniora jako placówek stanowiących szeroką płaszczyznę interpersonalnych i społecznych kontaktów osób starszych są następujące: organizowanie i ułatwianie seniorom dostępu do różnych form aktywności (fizycznej, kulturalnej,

twórczej, edukacyjnej, społecznej itp.), a tym samym umożliwianie im przyjemnego i pożytecznego spędzania czasu wolnego, stwarzanie odpowiednich warunków do zaspokajania potrzeb kulturalno-oświatowych, rozbudzanie nowych zainteresowań i promowanie zdrowego stylu życia w starości oraz kształtowanie umiejętności bycia aktywnym przez całe życie.

W praktyce życia społecznego znane są dwa typy czy też rodzaje klubów seniora, zakładowe i środowiskowe. Kluby pierwszego typu zlokalizowane są przy zakładach pracy i w zasadzie w odniesieniu do nich należałoby użyć czasu przeszłego, ponieważ współcześnie w tej formie prawie nie istnieją. Środowiskowe kluby seniora organizowane są natomiast przy osiedlowych klubach czy domach kultury. Coraz częstszą praktyką jest powoływanie i organizowanie klubów seniora przez podmioty pomocy społecznej, takie jak powiatowe czy miejskie ośrodki pomocy rodzinie – są one traktowane w pierwszej kolejności jako forma wsparcia społecznego i powinny być zaliczone do środowiskowych klubów seniora. Tego typu działania w zakresie aktywizacji seniorów podejmują też rady osiedla, spółdzielnie czy parafie.

Kluby seniora pełnią rozliczne funkcje, które wyznaczają miejsce i znaczenie ich działalności w życiu ludzi starszych. Do klasycznych wśród nich zalicza się funkcje: kompensacyjną, terapeutyczną, profilaktyczną, integracyjną, rekreacyjno-turystyczną i adaptacyjną, których zawartość treściowa jest powszechnie znana.

Badania prowadzone w tych placówkach w ciągu ostatnich lat pozwalają na zaobserwowanie zmienności i poszerzenia form ich działalności, jak też spowodowanych tym nowych funkcji klubów seniora. Z całą pewnością zaliczyć do nich należy:

- funkcję integracyjną, która przez działania klubowe pozwala ludziom starszym aktywnym na ich polu lepiej przystosować się do pracy w grupie, zawiązywać nowe, wartościowe kontakty interpersonalne, zarówno na poziomie wewnątrzpokoleniowym, jak i międzypokoleniowym;

- funkcję kształcącą, co ciekawe, do tej pory rezerwowaną głównie dla uniwersytetów trzeciego wieku i placówek o charakterze edukacyjnym, obecnie dzięki bardzo dobrze rozwiniętym zajęciom edukacyjnym (jak lektoraty języków obcych na różnych poziomach zaawansowania czy kursy komputerowe o różnym stopniu trudności) ta funkcja przypisywana jest także klubom seniora, które z placówek typowo rekreacyjnych i zabawowych coraz częściej przekształcają się w placówki także edukacyjne;
- funkcję kompensacyjną i adaptacyjną, pierwsza z nich pozwala na wyrównywanie braków (rzeczywistych bądź domniemanych) w obszarach życia społecznego, druga umożliwia lepsze przystosowanie się osób starszych do życia w nowej sytuacji społecznej i rodzinnej;
- funkcję rekreacyjno-rozrywkową – wyrażającą się w likwidacji stresu, przywracaniu chęci do życia, motywowaniu i inspirowaniu do dalszej działalności (Chabior 2010, s. 172–174).

Do funkcji klubów seniora należy zaliczyć wreszcie także funkcję prestiżową, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. W wymiarze indywidualnym pozwala ona na budowanie poczucia własnej wartości i użyteczności wśród seniorów, bycia zauważonym i ważnym. W wymiarze społecznym służy budzeniu szacunku do aktywnych ludzi starszych i staje się podstawą do budowania pozytywnych postaw wobec starości.

Zważywszy jednak na to, że obok oferty aktywności kulturalnej kluby seniora kierują do swoich uczestników także liczne propozycje z obszarów edukacji (kursy obsługi komputera, lektoraty języków obcych, warsztaty teatralne czy rękodzielnictwa), a także fitness kluby i gabinety kosmetyczne oraz szeroką gamę zajęć klubowych, to poza już wymienionymi funkcjami wskazać należy także na nowe, wynikające z bogactwa proponowanych zajęć. Do tych nowych czy też aktualnie pełnionych funkcji klubów seniora zaliczyć należy:

- funkcję informacyjną – zdobywanie niezbędnych i aktualnych informacji o życiu społecznym, gospodarczym, kulturalnym, które pomagają seniorom w codziennym funkcjonowaniu i korzystaniu z dobrodziejstw osiągnięć współczesnych technologii;
- funkcję kształcącą – zdobywanie nowej wiedzy i umiejętności, takich jak obsługa komputerów czy znajomość języków obcych;
- funkcję prozdrowotną, która wyraża się w promowaniu w klubach seniora zdrowego stylu życia przez zajęcia rehabilitacyjne i ruchowe;
- funkcję estetyczną – rozbudzanie w seniorach dbałości o własny wygląd przez stwarzanie możliwości do korzystania z usług kosmetycznych, fryzjerskich itp., a tym samym rozbudzanie umiejętności akceptowania własnej fizyczności;
- funkcję opiniotwórczą – aktywność w klubach seniora pozwala ludziom starszym kreować pozytywne opinie na temat okresu późnej dorosłości i tym samym przyczyniać się do przełamywania funkcjonujących negatywnych stereotypów odnoszących się do osób starszych (Chabior 2011b, s. 82–83).

Znaczenie klubów seniora w życiu ludzi starszych wyznaczane jest realizowanymi przez nie formami działalności i spełnianymi funkcjami. Kluby seniora są ważnym i cennym obszarem aktywizacji seniorów, a różnorodność realizowanych w nich rodzajów działalności kulturalnej, edukacyjnej, twórczej i społecznej doskonale ilustruje fakt, że należą one do tych placówek, które omawiane być powinny nie tylko w kontekście wsparcia społecznego, lecz także uczestnictwa i animacji społeczno-kulturalnej.

4. Aktywność w obszarze nowych technologii

Większość potrzeb człowiek starszy realizuje w toku czynności związanych z szeroko rozumianym życiem społecznym. Od różnorodności i intensywności działań seniora zależy przestrzeń życiowa oraz realizacja jego potrzeb, liczba i rodzaj kontaktów międzyludzkich, rozwój i dokonania, będące podstawą satysfakcji. Aktywność jest szczególnie ważna po zaprzestaniu życia zawodowego, które określa pozycję człowieka w społeczeństwie. Wraz z końcem ról zawodowych pożądana okazuje się każdego rodzaju działalność, która przynosi zadowolenie oraz poczucie bycia użytecznym i wartościowym. Aktywność na emeryturze bywa wartościowa w celu ponownego określenia (bądź podtrzymania) własnej tożsamości społecznej, zwłaszcza dla osób trzeciego wieku (60–80 lat), dlatego aktywizacja seniorów w każdej dziedzinie jest istotnym zadaniem społecznym, zwłaszcza w sytuacji bezrobocia i dezaktywacji zawodowej osób w wieku 50+.

Nowa i ważna z punktu widzenia możliwości rozwoju seniorów jest aktywność w dziedzinie nowych technologii. Zarówno w obszarze pracy zawodowej, jak i innych wskazuje się na niską znajomość nowoczesnych technologii w grupie osób starszych. Technologie komunikacyjno-informacyjne stały się nieodłącznym elementem wielu sfer życia zawodowego oraz podstawą rozwoju szeroko rozumianego rynku gospodarczego wszystkich państw rozwiniętych i rozwijających się. Także życie codzienne obywateli jest w coraz większym stopniu powiązane z aktywnością technologiczną lub wręcz uzależnione od sprawności w tym zakresie.

W większości krajów osoby starsze są populacją najmniej sprawną w obsłudze i znajomości e-technologii, choć coraz

częściej znaczenie tych umiejętności jest przez nie dostrzegane, a aktywność w tej sferze intensyfikowana.

Wśród najważniejszych determinantów podejmowania aktywności w sferze e-technologii niewątpliwie jest ich dostępność – w rozumieniu ceny za sprzęt i usługi e-komunikacyjne, takie jak Internet i telekomunikacja cyfrowa, a także możliwości nauczenia się obsługi i poznania oprogramowania tych urządzeń. Ważna jest również odczuwana motywacja do poznawania i korzystania z nowoczesnych technologii – jeśli od znajomości urządzeń i umiejętności posługiwania się nimi uzależniona jest praca zawodowa lub funkcjonowanie w środowisku/obszarze, które są istotnym i uświadomionym składnikiem jakości życia, wówczas aktywność w tej sferze staje się nową formą działań, która przychodzi bez większego trudu i oporów. Jeśli natomiast seniorzy wyłączają się z życia zawodowego i społecznego, to nie znajdują motywacji, by nabywać nowe umiejętności, traktując ich brak raczej jako usprawiedliwienie, by już nie wracać do aktywności i nie podejmować nauki, która w ich opinii nie jest potrzebna osobom w tym wieku. Niechęć seniorów do kształcenia się i poznawania nowych technologii w tym wypadku działa jak zgoda na marginalizację, a czasem jest także automarginalizacją.

Ważne jest, by zauważać związek aktywności technologicznej i komunikacyjnej seniorów z ich aktywnością zawodową i ekonomiczną. Brak działań w zakresie nowych technologii – znajomości, używania oraz chęci poznania i włączenia się w nowe obszary aktywności i edukacji osób starszych – jest w Polsce znaczącym problemem, większym niż w innych (młodszych) grupach wiekowych.

Niechęć do nowinek technicznych jest przyczyną postrzegania seniorów jako zacofanych, co ma swoje uzasadnienie i nie jest wyłącznie stereotypowym podejściem do wieku. Jakkolwiek kwestie te stopniowo się zmieniają na lepsze i dzięki uniwersytetom trzeciego wieku, rozmaitym projektom inkluzyjnym, wolontariatom oraz aktywności „latarników” (lokalnych animatorów edukujących seniorów w zakresie obsługi Internetu) i bibliotek (także wiejskich) poziom wiedzy w zakresie

nowych technologii wśród seniorów (zwłaszcza trzeciego wieku) stale wzrasta, to nadal potrzebna jest silna motywacja, zwłaszcza w przypadku seniorów czwartego wieku i niepracujących, by niechęć i obawy względem tego obszaru przełamać.

Umiejętność posługiwania się komputerem i Internetem wiąże się także dla osób starszych z możliwością (atrakcyjnego) spędzania czasu wolnego, stanowi źródło szerokiej wiedzy i informacji, jest ceniona w życiu zawodowym, społecznym, towarzyskim, a także umożliwia rozwijanie zainteresowań i kontaktów.

Znacząco ograniczony dostęp do informacji lub jego brak oraz – co kluczowe – brak umiejętności i chęci posługiwania się e-technologiami przyczyniają się do wykluczania ludzi z uczestnictwa w życiu społecznym, w tym informacyjnym, oraz zawężania ich szans na sprawne i satysfakcjonujące funkcjonowanie.

Kwestię tą uznano za tak istotną, że włączono ją jako jedno z priorytetowych działań w celu poprawy sytuacji społecznej seniorów w ramach realizowania Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012. Rok aktywności seniorów stał się sposobnością (i koniecznością) do zaplanowania i podjęcia szeregu działań mających na celu podniesienie świadomości problemu oraz promowanie środków stwarzających lepsze możliwości do utrzymania aktywności i niezależności osób starszych (zob. Rządowy Program... 2013). Znamienne okazało się łączenie aktywności w obszarze nowych technologii z niezależnością seniorów oraz jakością ich życia.

Jednym z zadań, jakie wynikają z niskich indeksów szczegółowych wskaźników, jest podniesienie stopy zatrudnienia osób w przedziale wieku 55–74 oraz zwiększenie korzystania z nowoczesnych technologii jako warunku aktywnego starzenia się (Rządowy Program... 2013).

Autorzy opracowania *Aktywność seniorów w Internecie*, Artur Fabiś i Arkadiusz Wąsiński (2008), wskazują na elitarność tego rodzaju aktywności (wraz ze społeczną i kulturalną) wśród seniorów. Jednak zmienia się to dzięki emancypacji seniorów i posiadanym, a także wciąż rozwijanym kompetencjom z zakresu

edukacji oraz posługiwania się technologiami informacyjnymi, komunikacyjnymi. Autorzy wiążą elitarność w tym zakresie z posiadanym przez seniorów wykształceniem (najczęściej wyższe i średnie), charakterem wykonywanej pracy zawodowej, gotowością do zdobywania nowych kompetencji, a także ich pogłębiania. Seniorzy aktywni w sieci są w większości mężczyznami (7 na 10 osób), mieszkają w miastach i najczęściej korzystają z własnego sprzętu w domu.

Autorzy wskazują też na psychologiczne i socjologiczne aspekty korzystania z Internetu przez seniorów. Wśród nich słusznie wymieniają świadomość nowych możliwości poszerzających zakres funkcjonowania i jednocześnie ułatwiających radzenie sobie z niektórymi trudnościami. Duże znaczenie ma też wzrost znaczenia pozycji seniora w rodzinie, który staje się atrakcyjnym partnerem uczestniczącym na co dzień w bieżących sprawach młodszych członków rodziny. Przy współczesnej tendencji do marginalizowania roli osób starszych ich aktywność w sieci dynamizuje kontakty społeczne i stwarza możliwości do szerszych działań, uczestniczenia w wydarzeniach i wpływania na ich przebieg. Pozwala też operować nowocześniejszym językiem, a także zbliża generację seniorów do najmłodszych, dla których nowe media stają się nieodłącznym elementem życia (Fabiś, Wąsiński 2008).

5. Aktywność zawodowa seniorów

Bardzo ważnym rodzajem aktywności społecznej jest aktywność seniorów na rynku pracy. W jej ramach można wyróżnić ponadto aktywność zawodową i ekonomiczną, rozpatrywane w poszczególnych kategoriach wiekowych, począwszy do 50. roku życia.

Ze względu na rosnącą liczbę osób starszych w społeczeństwie oraz malejący przyrost naturalny, a co za tym idzie – zmniejszającą się liczbę potencjalnych oraz przyszłych pracowników, czyli wytwórców produktu krajowego brutto, jednym z najistotniejszych celów polityki społecznej jest wspieranie aktywnego starzenia się i wydłużanie okresu życia zawodowego w celu utrzymania bądź pozyskania odpowiedniego poziomu zatrudnienia osób w wieku dotąd uznawanym za poprodukcyjny. Jest to priorytet społeczny i ekonomiczny większości krajów europejskich.

Biała księga. Plan na rzecz adekwatnych, bezpiecznych i stabilnych emerytur (2012) porusza między innymi kwestie wydłużającego się życia. Prognozowane do roku 2060 wielkości związane z koniecznością wydłużania życia zawodowego ponad przyjęty obecnie wiek emerytalny ze względu na brak gwarancji odpowiednich środków utrzymania w starości wynoszą 7,9 lat dla mężczyzn i 6,5 roku dla kobiet. Wzrost wydatków związany z dłuższym życiem na emeryturze może okazać się nie do udźwignięcia dla budżetów poszczególnych krajów, stąd podjęcie procesu wydłużania wieku emerytalnego, do którego przystąpiły kraje członkowskie UE mimo zróżnicowania sytuacji, co widać w danych na 2040 rok w raporcie. W Polsce w 2012 roku Sejm uchwalił ustawę wyznaczającą wiek 67 lat dla kobiet i mężczyzn jako ustawowy wiek emerytalny.

Tabela 10. Wiek emerytalny kobiet i mężczyzn w wybranych krajach UE

Kraj	kobiety		mężczyźni	
	2010	2040	2010	2040
Austria	60	65	65	65
Belgia	60	60	60	60
Czechy	58,7	65	61	65
Dania	65	67	65	67
Francja	60,5	61	60,5	61
Grecja	57	60	57	60
Hiszpania	65	65	65	65
Holandia	65	65	65	65
Niemcy	65	65	65	65
Polska	60	60	65	65
Portugalia	65	65	65	65
Szwecja	65	65	65	65
Węgry	59	65	60	65
Wielka Brytania	60	67	60	67
Włochy	59	65	59	65

Źródło: Adamiec 2012, s. 154.

Osoby w wieku 50+, nazywanym często przedpolem starości, są traktowane w naszej gospodarce jako prawie emeryci i mają potencjał niedoceniany na rynku pracy. Przyszłość wielu europejskich gospodarek w najbliższych latach zależeć będzie od aktywności zawodowej osób właśnie w tym wieku – przeważnie w pełni sił, chętnych do pracy i posiadających kwalifikacje oraz umiejętności do pracy na różnorodnych stanowiskach.

Cele Strategii lizbońskiej dla krajów Unii Europejskiej określają zatrudnienie w tej grupie na poziomie 50%. Polacy jednak przedkładają wczesne przechodzenie na emeryturę nad dłuższą karierę zawodową i najwcześniej spośród wszystkich członków UE ją kończą (*Sytuacja osób...* 2013).

W grupie wiekowej 55–64 lata wskaźnik zatrudnienia za rok 2011 w Polsce wynosił (zaledwie) 35,3%, w grupie osób w wieku 65+ zaś tylko 4,9%. W 2009 roku natomiast wskaźnik ten w grupie wiekowej 50+ wynosił nieco ponad 30%, podczas gdy w Szwecji jest to 70%, w Danii 60%, a w Finlandii ponad 50%, przy

średniej dla 27 państw Europy na poziomie 46% (Fabiś, Wąsiński 2008). Tak wysokie wskaźniki zatrudnienia wśród osób w wieku 50+ wiążą się z wieloletnimi działaniami na rzecz szeroko rozumianej aktywizacji, w tym także zawodowej.

Poza niskim poziomem zatrudnienia osób starszych Polacy na skutek przemian gospodarczo-społecznych najwcześniej ze wszystkich mieszkańców UE przechodzili na emeryturę i nadal najwcześniej kończą aktywność zawodową. W 2002 roku przeciętny wiek odejścia z rynku pracy wynosił 56,9 lat, gdy w tym samym roku średnia dla Unii Europejskiej osiągnęła 60,4 lat. Z pracy zawodowej najpóźniej rezygnują Szwedzi (63,2 lat), Irlandczycy (62,4 lat), Portugalczycy (62,9 lat), Holendrzy (62,2 lat) oraz Duńczycy (60,9 lat).

W 2002 roku pracowało zaledwie 26,1% Polaków w wieku 55–64 lat. Najwięcej starszych pracowników zatrudnionych było w Szwecji – 68%, Danii – 57,9% i Wielkiej Brytanii – 53,5% (Fabiś, Wąsiński 2008).

Rocznik Statystyczny RP podaje, że w Polsce w roku 2011 pracujących osób w wieku 45–54 lat było 3576,9 tys. (co stanowi 66% osób w tym wieku), w wieku 55–64 lat – 1812,4 tys. (34%), w wieku 65+ – prawie 250 tys., co stanowi 5% osób w tym przedziale wiekowym (2013, s. 232, tabl. 1(155)).

W czwartym kwartale 2012 roku w grupie osób w wieku 45–54 lat pracujących było 3614 tys. (74% osób w tym wieku), w wieku 55+ natomiast – 2387 tys. (22%). Wskaźnik zatrudnienia kobiet w tych grupach wiekowych wynosił 71% i 15,5% (Fabiś, Wąsiński 2008).

Zmieniająca się sytuacja demograficzna stawia przed krajami UE, również przed Polską, wyzwania związane z planowaniem i kształtowaniem polityki na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się. Narzędziem służącym realizacji tych zadań może być wskaźnik aktywnego starzenia się (*active ageing index* – AAI), opracowany wspólnie przez Komisję Europejską, Europejską Komisję Gospodarczą Narodów Zjednoczonych (United Nations Economic Commission for Europe – UNECE) oraz Europejskie Centrum Polityki Socjalnej i Badań (European Centre for Social Welfare

Policy and Research) w Wiedniu w ramach Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012. Wskaźnik ten identyfikuje potencjał osób starszych w obszarze zatrudnienia, życia społecznego, samodzielnej egzystencji oraz możliwości aktywnego starzenia się.

Wskaźnik aktywnego starzenia się składa się z 22 indywidualnych wskaźników (subwskaźników, wskaźników szczegółowych) i dotyczy osób powyżej 55. roku życia.

Dla Polski wskaźnik ten wynosi 27,3, przy założeniu, że 100 opisuje sytuację idealną, tzn. stuprocentową realizację zadań wszystkich obszarów oraz stuprocentową partycypację osób starszych we wszystkich obszarach. W rankingu ogólnym krajów UE Polska zajmuje 27. – ostatnie miejsce. Ponadto nasz kraj zajął odpowiednio miejsce 24. w obszarze zatrudnienia, miejsce 27. w obszarze partycypacji społecznej, miejsce 21. w obszarze samodzielnej egzystencji oraz miejsce 22. w obszarze możliwości aktywnego starzenia się. Mamy najsłabsze wyniki w zakresie aktywności społecznej osób starszych i ich zatrudnienia. Najlepszymi wielkościami wskaźnika mogą pochwalić się: Szwecja, Finlandia, Dania, Holandia, Irlandia oraz Wielka Brytania (zob. *Rząd zajmie się Programem*... 2013).

5.1. Determinanty aktywności i dezaktywacji zawodowej

(Zbyt) wczesna dezaktywacja zawodowa osób 50+ grozi niskimi świadczeniami oraz wykluczeniem nie tylko w sensie materialnym, lecz także – a może przede wszystkim – z udziału w życiu społecznym. Bierność zawodowa powoduje bierność społeczną, a brak pracy skutkuje społeczną marginalizacją.

Szczególnie niski jest wskaźnik zatrudnienia kobiet w wieku 55–64 lat – pracuje ich prawie dwukrotnie mniej niż mężczyzn w tym wieku. Według wyników badań dla kobiet w wieku 50–65 lat w pracy najważniejsza jest motywacja materialna oraz kontakt z ludźmi, który cenią wyżej niż niezależność finansową czy poczucie własnej wartości, co potwierdza odpowiedź na pytanie: „czy zrezygnowałaby Pani z pracy zawodowej, jeżeli sytuacja materialna rodziny by na to pozwalała?", na które jedynie 35,8% respondentek udzieliło twierdzącej odpowiedzi (Graniewska, Balcerzak-Paradowska 2003). W ocenie społecznej przyczyną wczesnej dezaktywacji zawodowej są przekonanie, że pracodawcy nisko cenią starszych pracowników (34% odpowiedzi), oraz gorszy stan zdrowia Polaków (31%), powodem kontynuowania pracy natomiast są głównie uzyskiwane w ten sposób dochody (70%) oraz szansa na wyższą emeryturę dzięki dłuższemu okresowi pracy (34%) (Adamiec 2012, s. 155).

Pozytywne aspekty pracy zawodowej widać wyraźnie we wskaźniku subiektywnej oceny stanu zdrowia opisanym w badaniach ilościowych przeprowadzonych przez Łucję Krzyżanowską (2008) w ramach projektu socjologicznego pt. *Dezaktywizacja osób w wieku okołoemerytalnym*.

Emeryci, którzy pracowali, oceniali swoje zdrowie lepiej niż niepracujący. W badaniach jakościowych narratorzy wskazywali na zalety pracy – pełnienie funkcji organizacyjnej, witalizującej

egzystencję oraz mobilizującej do działania i do aktywności w ogóle. Bardzo ważnymi walorami pracy, podkreślanymi w wywiadach jakościowych, są też kontakty z innymi ludźmi oraz dawanie poczucia, że jest się potrzebnym, ważnym, że można dać coś z siebie innym.

Praca jest często podstawowym, a niejednokrotnie jedynym bodźcem do aktywności życiowej: nadaje sens życiu, motywuje do wychodzenia z domu, do dbania o wygląd, kondycję fizyczną i psychiczną. Specjaliści od polityki społecznej podkreślają, że aktywność zawodowa wypełnia większość dorosłego życia człowieka i jej zakończenie z powodu odejścia na emeryturę jest najczęściej gwałtowną i diametralną zmianą dotychczasowego, kształtowanego przez całe dekady stylu i trybu życia. Trudno jest się często z nią pogodzić i prowadzić może ona do apatii, zobojętnienia oraz ograniczenia aktywności życiowej. To z kolei powoduje pogarszanie się samopoczucia i większą zachorowalność osób starszych (Szatur-Jaworska 2004).

Jedną z głównych przyczyn wczesnej dezaktywacji zawodowej jest trudność w znalezieniu pracy przez osoby w wieku 50+, czyli niechęć do zatrudniania ich przez pracodawców. Sytuacja ta ma związek ze zmianami ustrojowymi i gospodarczymi, które sprawiły, że wykształcenie zdobyte w poprzednich warunkach ekonomiczno-społecznych nie ma oczekiwanej wartości, podobnie jak wytworzone w innej rzeczywistości nawyki, umiejętności i zdobyte doświadczenie, często mało przydatne. Z tych samych przyczyn w grupie obecnych seniorów rozpowszechnione są postawy roszczeniowe, niechęć do aktywności innej niż na etacie, przekonanie o emeryturze jako zasłużonym odpoczynku i przywileju oraz brak nawyku stałego dokształcania się.

Edward Dolny opisuje przyczyny (nie)zatrudniania starszych pracowników przez zakłady pracy w artykule *Popytowe bariery zatrudniania osób starszych* (Wiśniewski 2009b), wskazując jako główne powody takiego stanu rzeczy: obawy o zdolność wykonywania pracy ze względu na wiek, nieopłacalność inwestowania w starszych pracowników, większą absencję

chorobową oraz brak umiejętności radzenia sobie z technologiami komputerowymi.

Pracodawcy w Europie prezentują dość podobny punkt widzenia w tej kwestii. Wskazują oni, że najczęściej dostrzeganymi kosztami związanymi ze starzeniem się osób zatrudnionych w firmach są zwiększone koszty pracy, większy opór przeciwko zmianom, zwiększona absencja chorobowa, mniejsza akceptacja dla nowych technologii oraz pogorszenie się wizerunku przedsiębiorstwa. Po stronie korzyści natomiast podają większą wiedzę i doświadczenie, mniejszą liczbę konfliktów w pracy, zwiększoną produktywność oraz mobilność. Pracodawcy stosunkowo dobrze odnoszą się do możliwości zatrudniania osób po 60. roku życia, nieco gorzej – po 65. roku życia.

Powody zatrudniania starszych pracowników przedstawia raport socjologiczny *Szanse i bariery zatrudniania osób w wieku 45+ w województwie pomorskim* (Mazur *et al.* 2009). Wskazuje on głównie na takie zalety osób w tym wieku, jak: posiadane kwalifikacje i kompetencje zawodowe (54,5% pracodawców), posiadane umiejętności społeczne adekwatne do stanowiska (37,0%), niższe koszty zatrudnienia (37,0%) oraz większa lojalność wobec pracodawcy (24,0%). Niechęć do zatrudniania osób w tym wieku natomiast opiera się na obawach o obniżoną wydajność pracy (19%), przekonaniu o braku odpowiednich kwalifikacji i kompetencji zawodowych (15%) i braku odpowiednich umiejętności społecznych adekwatnych do stanowiska (15%). Pracodawcy twierdzą również, że jest to mało opłacalne, mało korzystne dla firmy (13%).

Przedział wiekowy 45+ nie jest oczywiście tożsamy z populacją osób starszych, jednak wskaźnik zatrudnienia zdecydowanie spada po osiągnięciu przez bezrobotnych tego wieku.

Pracodawcy, wskazując na mocne strony starszych pracowników, podkreślają przede wszystkim:

- doświadczenie;
- długoletnią praktykę zawodową;
- życiowe doświadczenie;

- umiejętność adaptacji do różnych warunków, środowisk;
- dyspozycyjność (pracownicy w tym wieku mają już odchowane dzieci, mniej obowiązków pozazawodowych, mogą więcej czasu poświęcić pracy zawodowej);
- lojalność wobec pracodawcy (starsi pracownicy rzadko zmieniają pracę, boją się zmian i czują się związani z miejscem pracy, bardziej szanują pracę, ponieważ obawiają się jej utraty);
- znacznie mniejsze nastawienie na karierę i awans;
- stabilność i odpowiedzialność;
- spokój, cierpliwość i mniejszą emocjonalność;
- solidność i dokładność (Krzyżanowska 2008).

Wśród wad i słabych stron starszych pracowników wymieniane są natomiast:

- gorsze wykształcenie, w tym nieznajomość języków obcych;
- niechęć do nauki, mała otwartość na nowości;
- problemy ze zdrowiem, spadek wydajności fizycznej;
- problemy z komunikatywnością i słabiej rozwinięte miękkie kompetencje, niezbędne w kontaktach z klientami;
- nawyki z PRL (korzystanie z telefonów firmowych w celach prywatnych, załatwianie prywatnych spraw w godzinach pracy);
- mniejsza kreatywność;
- to, że gorzej sobie radzą z nowoczesnymi technologiami (Mazur *et al.* 2009).

Dodatkowo wskazywane są też psychologiczne okoliczności utrudniające pracodawcom zatrudnianie starszych pracowników:

- trudności w przedmiotowym traktowaniu starszych pracowników ze względu na należny im szacunek z racji wieku;
- trudności w kształtowaniu starszych pracowników według swoich potrzeb;
- poczucie zagrożenia młodej kadry kierowniczej ze względu na doświadczenie i wiedzę starszych pracowników;

- większe oczekiwania finansowe starszych pracowników w porównaniu z młodymi absolwentami szkół i uczelni;
- trudności w zwalnianiu osób starszych zarówno ze względu na ochronę przedemerytalną, jak i z przyczyn moralnych (Adamiec 2012, s. 159).

Aktywność zawodowa osób w wieku okołoemerytalnym – zarówno kontynuowanie pracy ponad wiek emerytalny, jak i podejmowanie dodatkowego zatrudnienia na emeryturze – zależy od wielu czynników, które zasadniczo można podzielić na zewnętrzne i wewnętrzne. Wśród zewnętrznych najczęściej wskazywanymi są: sytuacja demograficzna, warunki ekonomiczne kraju, sytuacja społeczno-prawna danej grupy społecznej. Wewnętrzne natomiast są bardziej zróżnicowane, liczniejsze, indywidualne i specyficzne dla kultury i obyczajowości danej społeczności. Należą do nich najczęściej: płeć, wykształcenie, kompetencje, temperament, wcześniejsze doświadczenia zawodowe, relacje międzyludzkie i wewnątrzrodzinne, role pełnione w grupie.

W polskiej rzeczywistości społecznej czynniki wpływające na proces dezaktywacji zawodowej można podzielić na te o charakterze ogólnym, typowe dla większości krajów europejskich (między innymi spadająca produktywność, słabsze zdrowie, mniejsza zdolność adaptacyjna) oraz czynniki specyficzne dla Polski: historyczne (nawyki z okresu socjalizmu) i społeczno-gospodarcze (związane z przeprowadzanymi reformami). Ostatnia grupa czynników jest najbardziej podatna na zmiany i kształtowanie.

Ważne jest również nastawienie pracodawców, od których zależy utrzymanie miejsc pracy dla osób starszych. W sytuacji polegania na stereotypach i marginalizowania starszych pracowników trudno o ich zatrudnianie oraz zachowywanie miejsc pracy dla nich. Niechęć do przyjmowania do pracy starszych pracowników i inwestowania w nich wiąże się bezpośrednio z przekonaniem pracodawcy o ich niższej efektywności (Makowiec-Dąbrowska, Bugajska 2006).

Za główny determinant aktywności zawodowej osób w wieku 50+ uznać należy ten o charakterze finansowym – zapewnienie źródła dochodu powiększającego sumę, od której naliczana będzie przyszła emerytura, lub zwiększenie bieżącego budżetu w przypadku pobierania świadczeń. Kolejnymi co do ważności determinantami są: zaspokajanie potrzeb psychospołecznych, samorealizacja, osiągnięcie i utrzymanie statusu społeczno-zawodowego, nawiązywanie więzi koleżeńskich itp. Dotyczy to w pierwszym rzędzie pracowników wykształconych, zajmujących stanowiska wyższego szczebla, profesjonalistów w swoich dziedzinach, osób wykonujących wolne zawody itp. Badania wskazują, że osoby należące do generacji 50+ są zdyscyplinowanymi, lojalnymi pracownikami, posiadającymi duże doświadczenie, możliwość skoncentrowania się na pracy, predyspozycje w zakresie lepszego rozumienia starzejącej się populacji klientów (Boni 2004, s. 70).

Do cech sprzyjających aktywności zawodowej osób starszych Z. Wiśniewski (2009a, s. 210) zalicza: wykształcenie, bardzo dobry i dobry stan zdrowia, długi staż pracy, istnienie zobowiązań opiekuńczych wobec dzieci i wnuków, nieposiadanie emerytury lub renty jako głównego źródła dochodu, znajomość nowoczesnych technologii. W przypadku osób starszych uprawnionych do świadczeń emerytalnych natomiast główną motywacją do dalszego zatrudnienia jest możliwość uzyskania dodatkowych dochodów.

Warto przy okazji zaznaczyć, że wielu Polaków (21,6%) nie akceptuje sytuacji, kiedy osoba starsza pracuje na pełen etat, mając jednocześnie inne źródło dochodów (Wiśniewski 2009a). W 2012 roku osób pobierających emeryturę w wieku 55–64 lat było 1627 tys. (30% tej populacji), a pobierających rentę w tej grupie wiekowej było 552 tys. osób (10%) (Rocznik Statystyczny RP 2013, s. 285). Wolno sądzić, że przynajmniej część z tych osób angażuje się również w pracę zawodową (zarobkową), ze względu na niezadowalającą wysokość świadczeń, zwłaszcza rent. W kolejnym przedziale wieku, tj. 65–79 lat, odsetek osób

pobierających emeryturę wzrasta do 90% (Rocznik Statystyczny RP 2013).

W badaniu Eurobarometru proszono respondentów, by każdą z podanych dwunastu cech przydatnych w pracy zawodowej scharakteryzowali jako typową dla pracowników młodych lub starych. Wyniki zamieszczone są w tabeli 11.

Tabela 11. Opinie na temat cech typowych dla pracowników

Lp.	Cecha przydatna w pracy	Uznanie za typową dla pracowników starych	Porównanie z opinią w innym kraju	Średnia w Europie
1	2	3	4	5
1	Doświadczenie	72%	95% Finowie	87%
2	Odpowiedzialność	56%	80% Brytyjczycy, 52% Portugalczycy	67%
3	Decyzyjność	46%	74% Francuzi, 42% Estończycy	64%
4	Umiejętność współpracy	42%	68% Irlandczycy	50%
5	Umiejętność rozwiązywania problemów	43%	73% Cypryjczycy	60%
6	Radzenie sobie ze stresem	39%	63% Irlandczycy, 37% Bułgarzy	52%
7	Umiejętność współpracy z osobami z innych kultur	32%	Brak danych	37%
8	Elastyczność	28%	56% Irlandczycy, 20% Szwedzi	35%
1	2	3	4	5
9	Produktywność	26%	52% Irlandczycy, 18% Słoweńcy	38%
10	Otwartość na nowe idee	19%	55% Irlandczycy, 12% Szwedzi	25%
11	Kreatywność	20%	55% Irlandczycy, 17% Szwedzi	29%
12	Znajomość nowych technologii	23%	40% Włosi	22%

Źródło: opracowanie własne na podstawie Osiecka-Chojnacka 2012, s. 119–121 oraz *Special Eurobarometer 378. Active Ageing* 2012.

Opinie na temat cech w różnym stopniu typowych dla starszych pracowników potwierdzają istniejący stereotyp – wprawdzie nie zawsze młodzi pracownicy są wyżej oceniani pod względem posiadanych zalet, lecz przeważa niechęć do starszych pracowników mimo wysokiej oceny ich cech. Niechęć do osób starszych w pracy argumentowana jest ponadto ich słabszym zdrowiem, oporem przed uczeniem się, mniejszą komunikatywnością; opinie na temat posiadania tych (istotnych) cech nie były mierzone w opisywanym badaniu.

W badaniu tym pytano respondentów również o powody zaprzestawania pracy przez osoby w wieku 55+ (tzw. przedpole starości). Spośród proponowanych argumentów najwięcej wskazań u Polaków miało negatywne postrzeganie osób starszych przez pracodawców (69%). Przyczyna ta była w Polsce oceniana podobnie jak średnio w Europie (69%). Kolejną przyczyną było dla Polaków to, że wraz z wiekiem pracownicy są wykluczani ze szkoleń w miejscu pracy (24%), a następnie to, że ludzie w wieku powyżej 55 lat często nie posiadają umiejętności przydatnych w nowoczesnym środowisku pracy (22%). Powód ten w Polsce miał największą wartość wskazań spośród wszystkich państw w Europie.

Brak wystarczających możliwości do stopniowego przechodzenia na emeryturę przez zmniejszanie czasu pracy wskazało jako znaczącą przyczynę 67% Polaków, czyli nieco mniej niż średnia w Europie (72%), lecz już obowiązki związane z opieką nad wnukami i niedołężnymi członkami rodziny jako utrudnienie do kontynuowania pracy były istotne w opinii 67% Polaków, przy średniej europejskiej 53%. Do tego czynnika znacznie mniejszą wagę przywiązują obywatele krajów bardziej rozwiniętych niż Polska, co wynika z innego (lepszego) zabezpieczenia socjalnego i systemu opieki oraz mniej tradycyjnego podejścia do ról pełnionych przez seniorów i przeznaczonych dla nich.

Warto podkreślić, że osoby w wieku okołoemerytalnym nie mają poczucia, że to one decydują o przejściu na emeryturę, ale zależy to od pracodawcy oraz sytuacji na rynku pracy. Tylko 10% badanych jeszcze pracujących uznało, że moment ten zależy

całkowicie od nich. Dominowały opinie o nieznacznym wpływie (35,3%) i całkowitym braku wpływu (34,6%). Może z tego powodu znaczenia nabiera elastyczny czas pracy, który skłoniłby co czwartą osobę badaną w wieku 50–69 lat do przedłużenia aktywności zawodowej. Niepokojąco niską wartość dla badanych miała większa możliwość podnoszenia kwalifikacji jako argument za wydłużoną aktywnością zawodową – tylko 11% badanych podało ją jako zaletę i – podobnie jak elastyczny czas pracy – wskazywały ją osoby z wyższym wykształceniem. Możliwość łączenia pracy w niepełnym wymiarze oraz częściowej emerytury jako atrakcyjne rozwiązanie zawodowe wskazało 60% polskich seniorów, co jest wynikiem poniżej średniej europejskiej (65%).

Poważnym problemem w aktywizacji zawodowej seniorów są dyskryminacja i marginalizacja społeczna tych osób. Wyniki badań przeprowadzonych na zlecenie Stowarzyszenia Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce mówią, że jedna trzecia przedstawicieli instytucji rynku pracy zauważa dyskryminację osób w wieku powyżej 50 lat na rynku pracy. Z kolei ponad dwie trzecie badanych uważa, że osoby starsze wykazują się mniejszą aktywnością w poszukiwaniu pracy niż ludzie młodsi (Tokarz 2007).

Poważnym czynnikiem wykluczającym osoby starsze z rynku pracy jest również brak akceptacji społecznej dla pracujących seniorów, w szczególności kobiet (Szukalski 2009, s. 108–111). Przyczyn może być wiele, a wśród nich:

- obawa młodych przed konkurencją na rynku pracy i blokowaniem miejsc pracy przez ludzi starych;
- tradycyjny sposób postrzegania ludzi starych jako nieaktywnych zawodowo, w szczególności stereotyp babci zajmującej się domem i wnukami;
- postrzeganie starszych pracowników jako lojalnych i dyspozycyjnych, ale znacznie mniej kreatywnych i dynamicznych, niepotrafiących adaptować się do nowych sytuacji oraz gorzej wykwalifikowanych;

- obawy samych seniorów przed dyskryminacją czy też niechęć do pracy zarobkowej ze względu na zły stan zdrowia i chęć odpoczynku (Kubicki 2010, s. 11).

Ostatni z czynników wskazuje, że niewątpliwie oprócz dyskryminacji równie często mamy do czynienia z autodyskryminacją na rynku pracy, która przejawia się głównie wyczekiwaniem na osiągnięcie wieku emerytalnego, by skończyć z pracą zawodową jak z trudnym i nużącym obowiązkiem.

W tych okolicznościach dobrym rozwiązaniem zdaje się ustawowe wydłużenie wieku emerytalnego, które mogłoby zmienić tę sytuację w miarę szybko i skutecznie wydłużyć aktywność zawodową osób starszych, jak również ukrócić dyskryminację wynikającą z braku akceptacji dla pracy zawodowej seniorów.

Innymi rozwiązaniami mogą być (i powinny) działania edukacyjne zmierzające do zmiany nastawienia społecznego wobec emerytów i starości w ogóle, zmiany postaw wobec spędzania starości jako fazy życia, modyfikacji stylu życia w późnej dojrzałości emerytów i osób, które będą nimi w przyszłości, a także szeroko rozumiana profilaktyka gerontologiczna.

Populacja osób 55+ na rynku pracy ma do zaoferowania bogate zasoby w postaci wiedzy, umiejętności, zdolności, dyspozycyjności oraz doświadczenia w wymiarze indywidualnym oraz zbiorowym. Potencjał tej generacji jest nie do zbagatelizowania, zwłaszcza w perspektywie deficytu siły roboczej na rynku pracy w kolejnych dekadach. Kolejnym argumentem za angażowaniem dojrzałych pracowników w (przedłużoną) aktywność zawodową jest wydłużony ustawowo wiek przechodzenia na emeryturę oraz uzależnienie jej wysokości od sumy zgromadzonych składek.

Sprawą oczywistą jest, że osoby starsze mają duży potencjał rozwojowy, który należy właściwie uaktywnić oraz wykorzystać. Umiejętność spożytkowania możliwości zawodowych dojrzałych pracowników powinna stać się kluczową kwestią polityki społecznej, by zaktywizować niepracujących i utrzymać aktywność tych, którzy pracują w okresie okołoemerytalnym. Są to sprawy

istotne zarówno ze względów gospodarczych, ogólnospołecznych, jak i istotnych dla codziennego funkcjonowania oraz potrzeb samych osób dojrzałych i ich gospodarstw domowych.

Przyczynami wczesnej dezaktywacji seniorów są między innymi brak społecznej zgody na wydłużanie życia zawodowego poza wiek emerytalny oraz automarginalizacja w populacji seniorów, którzy sami siebie uważają za mniej sprawnych, mniej atrakcyjnych i o mniejszych możliwościach zawodowych i społecznych na rynku pracy, słowem – za mniej wartościowych, stąd ich niechęć do dłuższej konfrontacji z młodszymi pracownikami.

Taka postawa i działania na rynku zawodowym prowadzić mogą do izolacji społecznej osób starszych, przekonania o własnej bezużyteczności, a także do niemożności zaspokajania wielu ważnych potrzeb, w tym bezpieczeństwa, samorozwoju, samorealizacji. To wszystko z kolei sprawia, że seniorzy są niezadowoleni ze swojego życia i otoczenia, samotni, nieszczęśliwi, sfrustrowani, mają pretensje i żale, które w różny sposób eksponują (Wawrzyniak 2010).

To również konsekwencje znacznego zróżnicowania dostępu do dóbr społecznie pożądanych ze względu na kryterium wieku, co oznacza, że starzenie się związane jest z pogłębianiem się nierówności społecznej jednostek. Im starszy człowiek, tym trudniejsza alokacja dóbr oraz bardziej obniżona pozycja społeczna.

5.2. Aktywność ekonomiczna

Seniorzy i starzejące się społeczeństwo stają się wyzwaniem nie tylko dla rynku pracy, lecz także dla szeroko rozumianej gospodarki. Człowiek dojrzały uznawany jest bowiem na płaszczyźnie ekonomicznej za dawcę, kiedy jest pracownikiem czy pracodawcą, lub za biorcę, kiedy przestaje być aktywny zawodowo i poprzestaje na pobieraniu świadczeń (emerytalnych, rentowych, socjalnych). Ponadto w sferze ekonomicznej człowiek w wieku poprodukcyjnym stanowi również cel marketingowy, do tej pory nie w pełni doceniany czy wręcz lekceważony.

Przy stale zwiększającej się liczbie osób starszych w społeczeństwie oraz ich – niezbyt wielkich, lecz stabilnych – dochodach stają się one coraz ważniejszymi konsumentami różnego rodzaju dóbr, które są także specjalnie dla nich kreowane.

Z jednej strony sytuację tę wzmacnia fakt wchodzenia w fazę poprodukcyjną kolejnych roczników osób zamożniejszych, lepiej wykształconych i świadomych swoich coraz różnorodniejszych potrzeb, a z drugiej coraz częstsze kontynuowanie aktywności zawodowej (a przynajmniej taki jest cel polityki społecznej wszystkich państw UE) i zachęcanie do niej – także ze względu na możliwość polepszenia statusu finansowego. To wszystko powoduje, że senior staje się konsumentem, w którego celują firmy produkujące zarówno trwałe dobra, takie jak samochody, sprzęt komputerowy oraz AGD, jak i usługi turystyczne, sportowe, bankowe, kosmetyczne, medyczne itp.

Aktywność ekonomiczna seniorów w rozumieniu konsumpcji dóbr i usług zwiększa się zatem z każdym rokiem, a przewagę w kreowaniu dedykowanych seniorom produktów i usług będą mieć małe i średnie przedsiębiorstwa, którym łatwiej jest na lokalnym rynku wykazać się większą elastycznością i dostosować swoją ofertę do wyodrębnionej grupy klientów. Zdolność do przystosowania oferty do gustów specyficznego odbiorcy i bliższe

relacje z kupującymi stanowią naturalne zalety małych firm w przyciąganiu starszego odbiorcy (Nieszporek, Siwczyk 2011).

Rynek dóbr i usług powoli reaguje na zmianę struktury wieku ludności, co pozwala w coraz większym stopniu uwzględnić seniorów jako atrakcyjną grupę konsumentów. Nie przebiega to tak szybko jak w innych krajach Zachodu, gdzie seniorzy są od dawna liczną i dobrze uposażoną klientelą, niemniej i w Polsce pojawia się coraz więcej produktów przeznaczonych (celowanych) dla osób w wieku 50+.

Seniorów postrzega się jako specyficzną grupę konsumentów – zarówno ze względu na niewysokie dochody, jak i na stereotypową już skłonność do oszczędzania oraz niechęć do wydawania pieniędzy na rzeczy nie pierwszej potrzeby, czyli tradycyjnie uznawane za zbytki. Ponadto seniorzy, jeśli już podążają za modą, to w bezpiecznej odległości, dlatego nie skuszą ich topowe marki, najnowsze kolekcje, wyjątkowe okazje najpopularniejszych projektantów, najnowsze generacje sprzętów, najświeższe odkrycia kosmetologii. W celowaniu do nich producenci muszą posłużyć się innymi chwytami marketingowymi niż w przypadku młodszych populacji konsumentów.

Agencja Praktycy.com przeprowadziła badania ankietowe (*Marketing 65+...* 2010) na grupie 207 seniorów w wieku 65+ (124 kobietach i 83 mężczyznach) w 2010 roku, by określić, jakie wartości w przekazie reklamowym są najbardziej pożądane przez konsumentów w tym wieku. Okazało się, że reklamując nowe technologie, najlepiej wykorzystywać motyw rodzinny (51% wskazań ankietowanych), z kolei reklamy kosmetyków są najchętniej przyjmowane, gdy występuje w nich znana osoba (58%), a środki farmaceutyczne doceniane, gdy reklama opiera się na takich emocjach, jak troska o zdrowie i bezpieczeństwo (32%). Ponadto większość badanych (53% mężczyzn i 66% kobiet) uważa za dobry pomysł posługiwanie się w reklamach produktów kierowanych do starszych konsumentów starszą modelką/modelem. Swoistą rewolucją w tej kwestii była reklama firmy Dove kosmetyków linii Pro age, w której prezentowano nagie znane aktorki w wieku 40+ do 60+. Następnymi pomysłami

tego rodzaju torowały drogę inne firmy produkujące kosmetyki, pokazując w reklamach Jane Fondę czy Pierce'a Brosnana, co nie jest szczególnie popularne ani łatwe w dobie kultu młodości.

Drugim nastawionym na starszych konsumentów sektorem rynku jest przemysł farmaceutyczny, który nie tylko oferuje leki na przeróżne dolegliwości typowe dla osób w różnym wieku, czyli uniwersalne, takie jak ból, niedobory witamin i minerałów czy kłopoty ze snem i koncentracją, lecz także oswaja konsumentów ze wstydliwą problematyką dolegliwości prostaty, nietrzymania moczu czy kłopotów z protezą szczękową. Te krepujące i intymne kwestie stają się za sprawą reklamy kwestią medialną, a przez to powszechną, czyli normalną w odbiorze zakłopotanych seniorów, na którą w dodatku tak łatwo znaleźć rozwiązanie. Jest to popularyzatorska funkcja reklamy, warta docenienia przez ogół konsumentów. Badani seniorzy w reklamie farmaceutyków najbardziej cenili sobie jednak ich związek ze sprawami zdrowia (32%), rzetelne informacje (27%) oraz podkreślanie wieku konsumentów (21%) (*Marketing 65+*... 2010).

5.3. Srebrna gospodarka

Prognoza struktury ludności dokonana przez GUS (Rocznik Statystyczny 2008) na lata 2008–2035 wskazuje na malejącą presję demograficzną na rynek pracy, czyli zmniejszający się poważnie udział na rynku pracy osób w wieku 18–44 lat przy znacząco zwiększającej się liczebności osób w wieku 45–65 oraz 65+. Prognoza ta przewiduje zrównanie się liczebności osób z kategorii 18–44 lat oraz kategorii 45–65+ w roku 2015, a nawet przekroczenie liczebności kategorii wiekowej osób 45–65+ (16 798 tys.) względem kategorii 18–44 lat (14 072 tys.) w 2020 roku (Szymanek 2010, s. 142). Pierwszy raz w dziejach świata rynek pracy będzie miał do czynienia z tak poważną zmianą struktury wieku, wymuszającą konieczność modyfikacji w strukturze zatrudnienia i konsumpcji.

Fakty te wraz z prognozami demograficznymi przyczyniły się do powstania nowego terminu ekonomicznego, jakim jest *silver economy* (srebrna gospodarka), na określenie systemu działań ekonomicznych ukierunkowanych na wykorzystanie potencjału osób starszych na rynku pracy oraz potrzeb tej populacji w kreowaniu produktów (Klimczuk 2011, s. 57–75). Nie bez znaczenia jest jakość życia seniorów jako konsumentów różnego rodzaju dóbr, ponieważ poziom ich dochodów w głównej mierze kreuje popyt w tej grupie społecznej. Tymczasem wyniki badań, w których kierowano się takimi kryteriami, jak między innymi: dochody, zatrudnienie, opieka zdrowotna, sytuują polskich seniorów na ostatnim miejscu wśród krajów UE pod względem jakości życia (za: Szarota 2013, s. 30). Obserwujemy tu bardzo specyficzną (paradoksalną wręcz) sytuację, objawiającą się niskim poziomem zatrudnienia osób w wieku 50+, co kreuje (niższy) ich poziom życia. Konieczne jest zatem dostrzeżenie potencjału ekonomicznego seniorów, podczas gdy kreowane są wciąż krzywdzące stereotypy na temat możliwości starszych

pracowników, niedofinansowana jest opieka zdrowotna dla seniorów, zbyt słabo rozwija się gerontotechnologia – także ze względu na możliwości nabywcze seniorów, co bierze się z ich niskich dochodów warunkowanych w dużej mierze zatrudnialnością osób w tym wieku.

Specyficzną subdyscypliną srebrnej ekonomii staje się gerontotechnologia, wykorzystująca wiedzę o biologicznym i psychicznym rozwoju człowieka, o czym pisze Andrzej Klimczuk w artykule *Srebrna gospodarka jako odpowiedź sektora prywatnego wobec starzenia się społeczeństwa* (2013).

Tabela 12. Wyzwania przedsiębiorstw w ramach *silver economy*

Wewnętrzne	Zewnętrzne
– godzenie potrzeb osób starszych z oczekiwaniami pracodawców – dostosowanie miejsc pracy do potrzeb osób starszych – zmiana stanowisk pracy wraz ze starzeniem się – dostrzeżenie doświadczenia starszych pracowników – wydłużanie czasu pracy w cyklu życia – opóźnienie wieku emerytalnego – stereotypy związane z wiekiem pracowników – konflikty międzypokoleniowe – zarządzanie wiekiem w przedsiębiorstwach (odmienna motywacja do pracy i aktywność różnych pokoleń) – dopasowanie oferty do zmian otoczenia i nowych potrzeb klientów – opracowanie sposobów docierania do osób starszych z usługami i produktami	– przekuwanie zagrożeń w szanse – walka z negatywnym stereotypem starości – odpowiedzialność firm wobec starzejącego się społeczeństwa – dostrzeżenie odmienności nawyków i kultury poszczególnych pokoleń – zmiana zachowań i nawyków konsumenckich – produkty i usługi skierowane do niedostrzeganych wcześniej kategorii klientów – przełamywanie barier w korzystaniu z nowych produktów i usług – zmiana postaw roszczeniowych i biernych na aktywne i otwarte – promocja dobrych praktyk oraz ambasadorów zmian – zniwelowanie różnic regionalnych w dostępie do rozwiązań na rzecz optymalnego starzenia się, dostrzeganie różnic w wymiarze miasto – wieś

Źródło: opracowanie własne na podstawie Klimczuk 2013.

Poza dominującymi w publicznym dyskursie sprawami powszechnie wiązanymi ze starością, takimi jak: wysokość świadczeń, ryzyko kredytowe, koszty opieki zdrowotnej, odwrócona hipoteka, pojawiają się kwestie możliwości rozwojowych i potencjału na rynku pracy.

Wyróżniono także wyzwania stojące przed biznesem w związku ze starzeniem się społeczeństw, a podzielić je można na wewnętrzne – dotyczące zmian reguł organizacyjnych i form zarządzania oraz zewnętrzne – uwarunkowania prawne, instytucjonalne i ogólne trendy rozwoju społeczno-gospodarczego. Zostały one przedstawione w tabeli 12.

Srebrny rynek obejmuje szereg dziedzin, których występowanie jest zróżnicowane terytorialnie, a jego segmenty to między innymi:

- zastosowanie technologii informacyjnych (IT) w lecznictwie zamkniętym i ambulatoryjnym;
- adaptacja mieszkań i usług ułatwiających życie;
- promocja samodzielnego życia, również z coraz większym wykorzystaniem nowoczesnych technologii;
- technologie medyczne wspierające słuch i wzrok, protetyka i ortopedia;
- edukacja i kultura jako formy zdobywania wiedzy, wykształcenia oraz zagospodarowania czasu wolnego;
- nowoczesne technologie i media oraz medycyna jako obszary zaangażowane w promowanie niezależności i bezpieczeństwa;
- mobilność i promowanie jej elementów, np. bezpieczeństwa w ruchu samochodowym;
- wypoczynek, podróże, kultura, komunikacja i rozrywka;
- fitness i wellness jako odpowiedź na rosnącą świadomość konieczności podejmowania zdrowego stylu życia;
- podążanie za modą i trendami jako przejaw dążenia do integracji społecznej;
- usługi ułatwiające codzienne życie i prace domowe;
- ubezpieczenia w związku z formami ryzyka typowymi dla wieku;
- usługi finansowe w dziedzinie ochrony kapitału, utrzymania statusu ekonomicznego i zapobiegania utracie oszczędności (Enste, Naegele, Leve 2008, s. 330–331).

Srebrna gospodarka w ramach gerontotechnologii obejmuje projektowanie uniwersalne i międzypokoleniowe, które w ogólnym

znaczeniu polega na dostosowaniu dóbr i usług do potrzeb osób w różnym wieku, o różnej kondycji fizycznej i zróżnicowanych możliwościach poznawczych, co może usprawniać integrację społeczną ich użytkowników. Sprowadza się ona równie często do stosowania zmian w przedmiotach i usługach, by zadowolić starszych klientów lub w ogóle umożliwić im korzystanie z nich, np. przez wprowadzanie odpowiedniej wielkości przycisków i klawiszy w sprzęcie domowym i elektronicznym, stosowanie odpowiedniej, zrozumiałej symboliki, zastąpienie obcych terminów polskimi, uproszczenie instrukcji, likwidację barier architektonicznych. W polskich domach i na rynku funkcjonują już między innymi telefony komórkowe i tablety dla osób starszych, systemy teleopieki umożliwiające szybkie wezwanie pomocy oraz rozwiązania pozwalające na wykonywanie telepracy i zdalne nauczanie, specjalne kosmetyki, ubrania, aparaty słuchowe, systemy łazienkowe i kuchenne, włączniki świateł, podłogi antypoślizgowe, podnośniki schodowe, przyrządy sportowe, rozwiązania zwiększające bezpieczeństwo jazdy samochodem (zob. Transgenerational Product Examples).

Ważne jest również planowanie działań w ramach gerontotechnologii oraz srebrnej gospodarki w obszarze usług i handlu. Tutaj wyzwaniem są usługi i produkty codziennego użytku, a także stworzenie warunków bytu i codziennego funkcjonowania seniorom z uwzględnieniem rosnącej liczby „srebrnych" konsumentów: moda dla seniorów, ubrania w dużych rozmiarach z odpowiednich materiałów i o wygodnym kroju, lecz zarazem w twarzowych i modnych kolorach, wygodne i dobrej jakości obuwie (osoby starsze kupują garderobę rzadko i oczekują dobrej jakości, choć ze względu na cenę wybierają często rzeczy tanie i marnej jakości). Oczekiwania seniorów spełniałyby również hostessy, doradczynie i ekspedientki w starszym wieku, które potrafiłyby pomóc w wyborze odpowiedniego dla osób starszych kosmetyku, sprzętu AGD itp. Należy wspomnieć również o warunkach lokalowych – wskazane byłyby szersze przejścia między regałami, brak schodów, wygodniejsze przymierzalnie, większe czcionki, zrozumiałe komunikaty i informacje. Także w

bankach, poradniach i urzędach seniorzy czuliby się bardziej komfortowo, gdyby ich sprawy załatwiane były przez pracowników w ich wieku lub przynajmniej gdyby doradziła im i pokierowała ich taka osoba zamiast młodej, niecierpliwej i często nieprzygotowanej do kontaktu z klientem starszym, mniej sprawnym, gorzej widzącym lub słabiej słyszącym.

Bardzo szybko na oczekiwania „srebrnych" konsumentów zareagował rynek kosmetyczny (oczywiście również farmaceutyczny) i stworzył dość bogatą ofertę, w której znalazły się np. kremy do twarzy dla kobiet także w wieku 75+, ale to chirurgię plastyczną możemy uznać za dziedzinę, która jako pierwsza odpowiedziała na potrzeby związane ze starzeniem się obywateli, choć jest to gałąź gerontotechnologii luksusowej, nie dla wszystkich dostępnej z racji ceny.

5.4. Zarządzanie wiekiem

Znaczącym elementem srebrnej gospodarki, który stanowić ma jedno z ważnych narzędzi zwiększenia zatrudnienia osób starszych, jest *age management*, czyli strategia zarządzania wiekiem na rynku pracy. Zarządzanie firmą ma zgodnie z nią uwzględniać zróżnicowanie wiekowe pracowników, wykorzystanie potencjału związanego z wiekiem i doświadczeniem pracownika oraz stworzenie warunków współpracy osób w różnym wieku.

Działania planowane w ramach tej strategii mają na celu wydłużenie aktywności zawodowej ponad wiek emerytalny, wzrost partycypacji osób starszych wśród aktywnych zasobów rynku pracy, co wpłynąć ma na zmniejszenie wydatków związanych ze świadczeniami emerytalnymi oraz zwiększenie wpływów z tytułu podatków i wzrost PKB. Niemałe znaczenie w strategii zarządzania wiekiem ma również przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na wiek.

Dla skutecznej strategii zarządzania wiekiem ważne są działania w poszczególnych obszarach działania firmy, co przedstawia tabela 13.

Tabela 13. Obszary zarządzania wiekiem i przypisane im działania

Rekrutacja	– równe traktowanie kandydatów na etapie rekrutacji i selekcji bez względu na ich wiek – neutralność wiekowa przy konstruowaniu stanowiska pracy, metod selekcji – możliwa pozytywna dyskryminacja, czyli faworyzowanie starszych pracowników
Szkolenie i podnoszenie kwalifikacji	– równy dostęp do oferowanych szkoleń – promocja podnoszenia kwalifikacji na każdym etapie życia zawodowego – wykorzystanie wiedzy i doświadczenia starszych pracowników (coaching, mentoring)
Rozwój kariery	– pionowy awans w hierarchii organizacyjnej oraz rozwój wiedzy zawodowej i zdobywanie doświadczenia – podstawą awansu jest wiedza i umiejętności zawodowe, zdolności i dotychczasowe doświadczenie, a nie wiek pracownika – planowanie ścieżek kariery pracowników na okres całego życia zawodowego
Elastyczne formy zatrudnienia	– właściwe dopasowanie formy świadczenia pracy przez starszych pracowników – także w rozumieniu wymiaru etatu – z uwzględnieniem ich możliwości, stanu zdrowia, kompetencji oraz potrzeb organizacji
Procedura przechodzenia na emeryturę	– plan fazowej rezygnacji z pracy ustalony między pracodawcą a pracownikiem, stopniowe przechodzenie na emeryturę, poczynając od okresu pełnego zatrudnienia do całkowitego jego wygaszenia
Ochrona i promocja zdrowia	– szczegółowo opracowane warunki bezpieczeństwa i higieny pracy dla stanowisk pracy starszych pracowników powinny dodatkowo uwzględniać ich stan zdrowia i kondycji fizycznej (mobilność) – właściwa promocja zdrowia, zachęcająca do dbania o nie, oraz profilaktyki chorób, uzależnień i dolegliwości
Ergonomia i dostosowanie stanowisk	– rotacje lub przeniesienia na inne stanowiska, lepiej przygotowane dla starszego pracownika – działania stwarzające przyjazne warunki pracy seniorom, właściwie zaprojektowane stanowiska, ich odpowiednie wyposażenie i procedura wykonywania zadań, uwzględniające możliwości oraz potrzeby starszych pracowników

Źródło: opracowanie własne na podstawie Bałandynowicz-Panfil 2009, s. 131.

W celu zwiększenia zatrudnienia pracowników w wieku 50+ w ramach strategii *age management* można wprowadzić następujące działania:

- zaangażowanie do zespołu rekrutacyjnego starszych pracowników, co sprzyjałoby zaufaniu i właściwemu doborowi pracownika do stanowiska;

- dopasowanie form i sposobu prowadzenia szkoleń, kursów kwalifikacyjnych do wieku uczestników;
- angażowanie starszych pracowników w prowadzenie szkoleń wewnętrznych w firmach;
- dostosowanie czasu pracy do możliwości zdrowotnych i obowiązków domowych starszych pracowników (*Zarządzanie wiekiem...*).

Dobrą formą promocji działań z zakresu strategii zarządzania wiekiem oraz aktywizacji osób starszych są np. plebiscyty ogłaszane przez media, przykładowo konkurs na najstarszego pracownika w Polsce (w 2009 roku wygrał 95-letni kaletnik z Częstochowy, zob. *Najstarszy polski pracownik*... 2011) lub konkursy ogłaszane wśród firm zatrudniających starszych pracowników (np. „Pracodawca przyjazny pracownikom 50+", w 2011 roku został nim Volkswagen Poznań, zob. *Nagrody za działania*... 2011). Działania te powinny mieć charakter powszechny i bardziej prestiżowy, by realizować cele aktywizacji zawodowej osób starszych.

---

1 Upowszechnianie kultury to „[...] intencjonalnie organizowane oddziaływania służące kształtowaniu, rozwijaniu potrzeb i zainteresowań kulturalnych oraz stymulowaniu i wspomaganiu jednostek i małych grup społecznych do rozwijania i sublimacji swojej aktywności kulturalnej (recepcyjnej, współtwórczej i twórczej, zabawowej i rekreacyjnej)" (Kargul 1996, s. 7).

Rozdział IV

Zagrożenia, troski i wyzwania w okresie starości

W starości, jak na każdym innym etapie rozwojowym, człowiek ma do czynienia ze specyficznymi uwarunkowaniami, które w znacznym stopniu determinują jego życie. Coraz dłuższy etap starości przeżywany w coraz lepszej kondycji fizycznej implikuje szereg potrzeb, których zaspokajanie napotyka różnorodne przeszkody. Stanisława Steuden (2009) dowodzi, że w badaniach nad starością istotne są sprawy rodzinne, społeczne, zdrowotne, ekonomiczne, prawne, światopoglądowe czy moralne, gdyż wiążą się one z jakością życia w tym okresie. Do istotnych problemów starości zalicza

> [...] kryzys rodziny i więzi rodzinnych, kwestie etyczne, związane z eutanazją czy uporczywą terapią, ryzyko marginalizacji społecznej i dyskryminacji osób starszych w różnych dziedzinach życia. Ponadto [...] wzrastają czynniki ryzyka negatywnej oceny człowieka starszego w aspekcie jego obniżonej sprawności, użyteczności i efektywności (2009, s. 9).

1. Marginalizacja i dyskryminacja osób w okresie późnej dorosłości

Do kanonu badań nad starzeniem się i starością weszły zagadnienia deficytów starości z jednej strony i jakości życia z drugiej. Transformacja ustrojowa zaowocowała głębokimi przemianami – politycznymi, gospodarczymi, społecznymi i kulturowymi, które znacząco wpłynęły na funkcjonowanie poszczególnych grup społecznych, wiekowych i całego społeczeństwa. Z jednej strony doprowadziła do odzyskania suwerenności państwowej, otwarcia granic i urynkowienia gospodarki, z drugiej jednak spowodowała zjawiska bezrobocia, marginalizacji i dyskryminacji społecznej, ujawniając jednocześnie bezradność jednostek i grup społecznych w radzeniu sobie z nową sytuacją polityczną i społeczno-gospodarczą. Najstarszemu pokoleniu przyniosła bariery w zakresie adaptacji do szybko zmieniającej się rzeczywistości i ograniczyła ich rzeczywisty udział w szeroko rozumianym życiu społeczno-politycznym.

Prowadzone w ostatnich latach badania nad marginalizacją społeczną seniorów wskazują na złożoność problemu i ścisłe jego powiązanie z oceną jakości życia w starości.

Marginalizacja społeczna należy do kanonu pojęć socjologicznych. Odwołując się do poglądów K.W. Frieskego, należy wskazać, że posługuje się on terminem „marginalizacja społeczna" w dwóch kontekstach. Po pierwsze, wskazuje na marginalizację społeczną rozumianą jako

> [...] kulturową obcość jednostek czy grup, których obyczaje, wartości, wzory poznawcze i sposoby percepcji różnią się na tyle od kultury ich otoczenia społecznego, że utrudniają procesy komunikowania się z tym otoczeniem i korzystanie z jego instytucji (Frieske, Poławski 1999, s. 169–170).

Po drugie, eksponuje stanowisko, w którym

> [...] akcentowane są przede wszystkim deficyty uprawnień przysługujących jednostkom czy całym grupom społecznym i/lub deficyty możliwości realizowania tych uprawnień (Frieske, Poławski 1999, s. 169–170).

Niniejsze rozważania dotyczą kontekstu drugiego, głównie w wymiarze indywidualnym, ale także grupowym, jeśli odniesiemy je do rodzin seniorów.

E. Trafiałek pisze:

> [...] marginalizacja identyfikowana jest w sytuacji rozpadu więzi społecznych i niezależnie od przyczyn – wyłączania ze struktur społecznych, utraty możliwości współuczestniczenia w życiu grup, zbiorowości, korzystania z instytucji, wchodzenia w stymulujące rozwój różnorodne interakcje społeczne (2006, s. 147).

I dalej:

> [...] marginalizacja wiąże się z zakłóceniem relacji między jednostką, grupą a społeczeństwem (Trafiałek 2006, s. 147).

Z pojęciem marginalizacji bardzo często współwystępuje termin „wykluczenie społeczne", rozumiany jako stan pozbawienia niektórych jednostek lub grup społecznych możliwości pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Ludzie wykluczeni mają dużo mniejsze szanse na poprawę swojego życia niż reszta społeczeństwa. Dzieje się tak za sprawą tego, że ludzie wykluczani to osoby, które mają ograniczony dostęp do większości instytucji i placówek pożytku publicznego, w których odbywa się organizacja życia społecznego większości społeczeństwa. Wykluczenie społeczne łączy się więc z deficytem w zakresie uczestnictwa, dostępu i praw społecznych. E. Trafiałek wykluczenie społeczne uznaje za równoznaczne z marginalizacją, z deficytami uprawnień, choć nie zawsze tożsame z biedą. Odwołując się do opracowań socjologicznych i z zakresu polityki społecznej, traktuje je jako proces wielowymiarowy i dynamiczny, który skutkuje deprywacją,

a przejawia się ograniczonym uczestnictwem w takich systemach społecznych, jak: służba zdrowia, rynek pracy, zabezpieczenie społeczne, edukacja i kultura (Trafiałek 2011, s. 29). Zarówno wykluczenie społeczne, jak i marginalizacja mogą mieć kontekst kulturowy, polityczny, ekonomiczny lub statutowy, mogą być wynikiem kumulacji czynników i zachowań prowadzących do zepchnięcia na margines życia społecznego, ale też pojedynczej dysfunkcji (niepełnosprawności, bezrobocia, ubóstwa, bezdomności, bezradności itp.) (Trafiałek 2011, s. 29).

Wykluczenie ekonomiczne dotyczy zarówno sfery produkcji, jak i konsumpcji. W odniesieniu do tej pierwszej chodzi głównie o utrudnienia w zatrudnieniu i dostępie do rynku pracy osób najstarszej generacji. W sferze konsumpcji wskazuje się na bardzo ograniczone możliwości nabywania dóbr i korzystania z usług przez seniorów. Wykluczenie polityczne to brak czynnego uczestnictwa w życiu politycznym, brak dostępu do informacji czy wreszcie niemożność wypowiadania się we własnej sprawie przez seniorów, co przekłada się na brak debaty i decyzyjności w swojej/swoich sprawach. Wykluczenie społeczne może dotyczyć życia społecznego i samej społeczności:

> Wykluczeni społecznie nie biorą udziału w życiu publicznym, w wypoczynku, spędzaniu czasu poza domem. Wykluczenie społeczne oznacza też słabo rozwiniętą sieć relacji społecznych, co prowadzi do izolacji i ograniczenia kontaktów z innymi (Giddens 2005, s. 348–349).

B. Szatur-Jaworska do tych trzech wymiarów dodaje jeszcze jeden, świadomościowy, o którym pisze:

> Tak rozumiana ekskluzja przejawia się w pomijaniu przez środki masowego komunikowania, lub tylko w sporadycznym dostrzeganiu, istnienia w społeczeństwie pewnych społecznych zbiorowości oraz utrwalaniu ich stereotypowego (często negatywnego, ale zawsze uproszczonego) wizerunku. Inaczej mówiąc – jest to nieobecność lub niewystarczająca obecność pewnych kategorii osób w kulturze masowej i społecznej komunikacji. Wykluczenie tego typu może polegać także na nieuwzględnianiu potrzeb różnych zbiorowości w kształtowaniu publicznej przestrzeni, co ma swoje źródła w świadomości

> odpowiedzialnych za to osób, ale przynosi zupełnie realne skutki w postaci nieobecności pewnych ludzi w przestrzeni publicznej, gdyż odbierają ją oni jako dla siebie nieprzyjazną, nieprzeznaczoną „dla takich jak my" (2005, s. 155).

Na świadomościowy wymiar marginalizacji społecznej wskazuje także Małgorzata Dzięgielewska, przy czym jej rozumienie różni się od stanowiska zaprezentowanego wyżej. Dla autorki ten wymiar to bardziej automarginalizacja aniżeli brak występowania w komunikacji społecznej:

> Często [...] ludzie sami wykluczają się z różnych aspektów życia społecznego (np. przez odejście z pracy, zaniechanie kształcenia), jak też politycznego czy ekonomicznego. Dlatego też można mówić o czwartym aspekcie marginalności – o wykluczeniu świadomościowym (2007, s. 101–102).

U podstaw wykluczenia społecznego i marginalizacji tkwią różnorodne formy i przejawy dyskryminacji ograniczające prawa obywatelskie, osłabiające więzi i interakcje społeczne, destabilizujące funkcje rodziny.

> Niezależnie od tego, czy poszczególne jednostki, grupy dyskryminowane są ze względu na płeć, wiek, pochodzenie, światopogląd, narodowość, preferencje aksjologiczne, status ekonomiczny, czy też religię i przekonania, ograniczenie każdego z podstawowej triady praw – politycznych, obywatelskich, socjalnych – w systemie demokratycznym, w społeczeństwie obywatelskim, prowadzi do wykluczenia poza ramy ustalonego porządku społecznego, sprzyja dezintegracji i narastaniu nierówności społecznych i – co najgroźniejsze – rodzi ryzyko dziedziczenia syndromu inności. Chociaż najczęściej diagnozowanym źródłem wykluczenia jest bieda i towarzyszące jej dysfunkcje i ograniczenia, to nie można ignorować faktu, że nie wszyscy ludzie biedni są ludźmi wykluczonymi i nie wszyscy wykluczeni społecznie są ludźmi biednymi. Np.: badacze życia społecznego w Polsce znacznie częściej źródeł wykluczenia ludzi starych dopatrują się w sferze społecznej, kulturowej i edukacyjnej niż w sferze ekonomicznej (Trafiałek 2011, s. 29).

W Polsce ludzie starzy z racji uzyskiwanych świadczeń społecznych mają gwarancję stałych dochodów, a mimo to stanowią grupę, wobec której ryzyko marginalizacji występuje znacznie częściej niż w pozostałych grupach społecznych.

1.1. Przyczyny i skutki marginalizacji osób starszych

Zdaniem E. Trafiałek przyczyna marginalizacji ludzi starszych tkwi w kumulacji wielu czynników oddziałujących na siebie na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Do najważniejszych z nich zalicza:

- stałe, lecz nieadekwatne do kosztów utrzymania, dochody [...],
- bezpieczeństwo socjalne wyznaczane dostępem do leków, rehabilitacji i placówek ochrony zdrowia, czyli tej sfery usług, z której koszty korzystania rosną znacznie szybciej niż ustawowe progi minimum socjalnego i egzystencjonalnego oraz waloryzowane świadczenia emerytalno-rentowe,
- bieda [...] (2006, s. 144).

Marginalność może być skutkiem dyskryminacji, ale dyskryminacja może też być wynikiem marginalności. W odniesieniu do tych procesów możemy mówić o przemienności przyczyn i skutków. Wydaje się też w pełni uzasadniona teza, że marginalizacja jako proces i marginalność jako stan (niekorzystnego położenia społecznego) mogą być traktowane jako formy (przejawy) dyskryminacji.

Dyskryminacja ze względu na wiek i ageizm („wiekizm") są pojęciami, które często występują łącznie, ale nie oznaczają tego samego. Pierwsze kładzie nacisk na postawy (stereotypy i uprzedzenia), drugie nawiązuje do koncepcji równości oraz praw przysługujących jednostce i odnosi się do zachowań. Te terminy, służące do opisywania określonych procesów dotyczących osób starszych, uznać można za nowe, ale same zjawiska, do których się odnoszą – już nowe nie są. Gorsze traktowanie ludzi starszych ze względu na wiek i stereotypowe, rodzące uprzedzenia postrzeganie starości nie są wynalazkiem współczesności, ale stają się jej cechami. Dyskryminacja ze względu na wiek uznawana jest

za zjawisko mało uświadomione, a przez to nierozpoznane, co w konsekwencji rodzi trudności z jego zrozumieniem i ze wskazaniem jego przykładów. Pojawia się też następna wątpliwość – czy w każdej sytuacji można mówić o dyskryminacji, a może raczej należy zastępować ją innymi, pokrewnymi terminami, takimi jak marginalizacja czy wykluczenie. Zainicjowane badania nad dyskryminacją ze względu na wiek pokazały także, że istnieją pewne trudności w zakresie definiowania omawianego zjawiska. Kłopoty pojęciowe czy raczej wątpliwości co do trafności terminu „dyskryminacja" łączyły się z jego pejoratywnym wydźwiękiem i antagonizującym charakterem, jak również z wysokim współczynnikiem subiektywności. Chodzi mianowicie o to, czy każda sytuacja, którą seniorzy oceniają jako niesprawiedliwe traktowanie, jest nim w istocie. Ostatecznie przyjęto, że

> [...] o dyskryminacji osób starszych w Polsce można bez wątpienia mówić wówczas, gdy odmawia się im zaspokojenia jakiejś ważnej potrzeby, a głównym powodem tej odmowy jest ich wiek (Szatur-Jaworska 2005, s. 9).

Traktowanie to jest niesprawiedliwe, gdyż jest niezawinione przez ludzi starych (np. wskutek zaniedbań, lekkomyślności, braku wiedzy), nie wynika także z ich własnych wyborów, jest gorsze niż w przypadku ludzi młodszych, a także utrudnia seniorom zaspokajanie ich podstawowych potrzeb (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006, s. 217).

> Dyskryminacja polega na utrudnieniu dostępu do takich społecznie pożądanych dóbr i wartości, jak: dochody, władza, uznanie (prestiż), wykształcenie, zdrowie. W rezultacie tych utrudnień ludzie starzy znajdują się na najniższych szczeblach „drabiny społecznej", podczas gdy mogliby znajdować się w lepszej sytuacji, gdyby takich barier nie napotykali. Dyskryminacja z powodu starszego wieku może mieć charakter bezpośredni, kiedy ograniczenia wynikają wprost z faktu, że dana osoba jest w danym wieku (np. pracodawcy nie chcą zatrudniać osób po 50 roku życia). Może mieć też charakter pośredni, gdy wdrażanie pozornie neutralnego zalecenia (prawa) czyni osoby starsze podatnymi na gorsze traktowanie (np. umieszczanie pewnych informacji

tylko w Internecie ogranicza dostęp seniorów do tych informacji). Dyskryminacja może mieć wymiar normatywny (normy prawne ograniczające osobom w określonym wieku dostęp do ważnych wartości i dóbr) oraz praktyczny (faktyczne, nie poparte normami prawa, utrudnienia takiego dostępu) (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska 2006, s. 217).

W odniesieniu do pojęcia „ageizm" stwierdzić należy, że może ono być manifestowane w naszych zachowaniach w dwojaki sposób – stereotypy i uprzedzenia wobec starości mogą kształtować nasze zachowania wobec innych (prowadzić do dyskryminacji), ale także mogą wpływać na obraz własnego „ja" (autodyskryminacja). W przypadku osób starszych najczęściej ten drugi przypadek przejawia się zaniżonym poczuciem własnej wartości, rezygnacją z przysługujących praw i możliwości rozwoju, a także pogodzeniem z gorszym traktowaniem. Stereotypy i uprzedzenia powodują, że ludzie starsi postrzegani są często jako modelowe ofiary dyskryminacji, bo odbierani są jako osoby niesprawne, chore, uciążliwe w kontakcie, łamiące swoimi siwymi włosami i zmarszczkami przyjęte kanony piękna. Można mówić o dwóch podstawowych źródłach ageizmu – kulturowym i strukturalnym.

W odniesieniu do pierwszego z wymienionych należy powiedzieć, że stosunek do starości i ludzi starszych zawsze cechowała dwoistość – z jednej strony dożycie późnych lat uważane było za przejaw przychylności bogów, a starszy wiek był oznaką mądrości i doświadczenia życiowego, z drugiej zaś pod wpływem lęku przed własną starością i śmiercią traktowano ludzi sędziwych jako zbędny balast, namacalny i materialny dowód na przesuwanie się ku końcowi.

Drugie źródło ageizmu – strukturalne – dotyczyło zmieniającej się struktury gospodarki i instytucji społecznych. Ludzie po przekroczeniu określonego progu wiekowego (60–70 lat) traktowani byli jako nie w pełni wydolni fizycznie i intelektualnie, a przez to mniej elastyczni w przystosowywaniu się do zmian. Należało zatem odsunąć ich na margines życia społecznego, by

nie przeszkadzali i nie zajmowali miejsca młodszym (Szukalski 2004).

Można powiedzieć, że dyskryminacja ze względu na wiek skutkuje byciem „za starym" na to, aby zostać przyjętym do pracy, być gruntownie leczonym czy branym pod uwagę w wyborach samorządowych. Przy tym granica wieku wyznaczająca to zjawisko różnicuje się ze względu na obszar życia, którego dotyczy. I tak w przypadku rynku pracy jest to około 50 lat, a w odniesieniu do ochrony zdrowia i usług medycznych – około 70–75 lat. Dyskryminacja ze względu na wiek stała się w wielu krajach świata i Europy przedmiotem społecznej debaty. Jej pokłosiem są także badania nad tym zjawiskiem w Polsce. Stowarzyszenie Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, niezależna organizacja pozarządowa działająca od 1998 roku, której celem jest wspieranie rozwoju filantropii i wzmacnianie społeczeństwa obywatelskiego, stworzyła projekt „STOP dyskryminacji osób starszych". W jego ramach przeprowadzone zostały badania w ośmiu miastach Polski dotyczące dyskryminacji osób ze względu na wiek w czterech obszarach życia: rynku pracy, ochrony zdrowia, partycypacji społecznej i pomocy społecznej. Miały one charakter interdyscyplinarny i skupiły lekarzy, pedagogów, pracowników socjalnych, polityków społecznych, prawników i same osoby starsze. Wnioski zostały zawarte w publikacji *Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? Głos ekspertów, doświadczenia osób starszych* (Tokarz 2005). Badania na temat dyskryminacji ze względu na wiek pozwoliły wyróżnić jej płaszczyzny/obszary, a przede wszystkim dość dobrze opisać przejawy omawianego zjawiska na wymienionych obszarach. Jednak praktyka życia codziennego ujawnia wciąż nowe sfery tego zjawiska, które choć nie są zbadane ani opisane, to jednak pokazują skalę dyskryminacji, a co więcej – jej rozwojowy charakter.

1.2. Przejawy dyskryminacji seniorów

Wydzielić można pięć głównych obszarów, na których dyskryminacja osób w okresie późnej dorosłości jest widoczna. Należą do nich: rynek pracy, ochrona zdrowia, pomoc społeczna, partycypacja społeczna, wreszcie komunikacja i usługi.

Aktywność zawodowa (zarówno w sferze ekonomicznej, jak i pozaekonomicznej) ma duże znaczenie dla życia i funkcjonowania człowieka starszego, ale rodzi też istotne konsekwencje makrospołeczne i makroekonomiczne. Starsi pracownicy, podobnie jak wszyscy inni, przyczyniają się do wzrostu produktu krajowego brutto, ponadto dzielą się swoim doświadczeniem zawodowym. Rzadko jednak zwraca się uwagę na to, że niski wskaźnik zatrudnienia w grupie seniorów oznacza z jednej strony mniejszą produktywność społeczeństwa, z drugiej – większe obciążenie państwa, które pokrywa świadczenia rekompensujące brak dochodów z pracy, takie jak zasiłek, renta czy emerytura. Nie należy także pomijać pozamaterialnych wartości pracy dla osób starszych, do których z pewnością należy budowanie pozycji i prestiżu społecznego. Nie można zapominać też i o tym, że aktywność zawodowa wspiera zaangażowanie seniorów na innych płaszczyznach życia społecznego, np. w sferze rodzinnej czy społecznego funkcjonowania – sąsiedzkiej i lokalnej.

Do podstawowych przejawów dyskryminacji ze względu na wiek na rynku pracy należą:

- krzywdzące stereotypy na temat możliwości i umiejętności starszych pracowników;
- odmowa zatrudnienia tylko ze względu na wiek, a nie na kwalifikacje;
- nieawansowanie starszych pracowników i niewysyłanie ich na szkolenia;
- zwolnienia pracowników z powodu osiągniętego wieku;

- czteroletni okres ochronny[1];
- automatyczne zwalnianie pracowników wraz z osiągnięciem przez nich wieku emerytalnego;
- pomijanie emerytów przy podziale akcji prywatyzowanych firm (Tokarz 2005, s. 21).

Dyskryminacja osób starszych zwłaszcza w dziedzinie ochrony zdrowia jest zjawiskiem nie tylko dalece złożonym, lecz także – ze względu na jej wydźwięk etyczny – bolesnym, a w interpretacji niektórych – wręcz wstydliwym. Należy wskazać na trzy równolegle występujące poziomy w zakresie tego zjawiska: usługobiorców, czyli pacjentów, usługodawców, czyli lekarzy i innych pracowników służby zdrowia, oraz instytucji finansujących (Narodowy Fundusz Zdrowia).

W odniesieniu do pierwszego poziomu należy wskazać na to, że starzenie się i starość mają różną jakość i wymiary, co powoduje heterogeniczność geriatrii. Wyraża się to w tym, że starość ze względu na swoje wewnętrzne zróżnicowanie nie poddaje się łatwo uogólnieniom, schematom czy statystycznym wskaźnikom. Starzenie się może przebiegać w różny sposób i mieć zróżnicowany charakter.

Z punktu widzenia omawianych zagadnień wśród rodzajów starzenia się najistotniejsze wydają się: starzenie się pomyślne[2], fizjologiczne[3] i patologiczne[4], które determinują konieczność zróżnicowanego podejścia do starszego pacjenta w zależności od jego stanu zdrowia i stopnia sprawności funkcjonalnej (Rajska-Neuman 2005, s. 54).

W odniesieniu do drugiego poziomu (lekarzy i innych pracowników służby zdrowia) w pierwszej kolejności należy wskazać na fakt bardzo znikomej liczby geriatrów w Polsce. Funkcjonuje tu czytelna zasada – starszy pacjent to drogi pacjent i mniejsze prawdopodobieństwo osiągania spektakularnych sukcesów w leczeniu. Problemem jest też to, że lekarze pierwszego kontaktu nie mają wystarczającego przygotowania do zajmowania się starszym pacjentem.

> W tym kontekście niezwykle istotny jest fakt braku przedmiotu geriatria w minimach programowych kształcenia dla studentów na wydziałach lekarskich (Rajska-Neuman 2005, s. 53).

Związane ze zjawiskiem dyskryminacji osób starszych funkcjonowanie Narodowego Funduszu Zdrowia także pozostawia wiele do życzenia, przede wszystkim ze względu na brak dziennych oddziałów diagnostycznych oraz form opieki domowej. Szczególnie dotkliwy jest brak wsparcia dla opiekunów domowych i rodzinnych osób starszych. Liczne bariery w dostępie do porad geriatrycznych, nieuwzględnianie wyższych kosztów leczenia seniorów, pomijanie wielości chorób u jednej osoby (wielochorobowości) czy wreszcie likwidacja oddziałów geriatrycznych to również zarzuty kierowane pod adresem tej instytucji.

Do najbardziej dotkliwych przejawów dyskryminacji ze względu na wiek w służbie zdrowia, bolesnych już nie tylko dla samych zainteresowanych, czyli seniorów, lecz także ich opiekunów, w tym najczęściej rodzinnych, należą: odmowa pomocy medycznej (trudności z wezwaniem karetki czy przyjęciem na specjalistyczne oddziały szpitalne), odmowa wykonania zabiegu lub operacji ze względu na podeszły wiek, ograniczenia wiekowe w dostępie do badań profilaktycznych, upokarzające komentarze odwołujące się do wieku (seniorzy słyszą, że nie warto ich leczyć, że w ich wieku nic nie pomoże, że ma boleć), zaniedbania w opiece szpitalnej, utrudniony dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego, informowanie niezrozumiale o zapisywanych lekach i sposobie ich zażywania czy wreszcie mała, nieczytelna czcionka na ulotkach dołączonych do leków (Tokarz 2005, s. 45).

W odniesieniu do zjawiska partycypacji społecznej seniorów i ich dyskryminacji w tym obszarze mamy do czynienia ze swoistego rodzaju sprzecznością. Z jednej strony bowiem coraz częściej realizowane są (z dużym powodzeniem) programy aktywizujące osoby starsze do pełnego uczestnictwa w życiu społeczności lokalnych i szerzej – w strukturach społeczeństwa obywatelskiego, z drugiej zaś badania przynoszą diagnozę i opis

głównych przejawów dyskryminacji seniorów na tym polu. Jeśli chodzi o partycypację społeczną rozumianą jako udział obywateli, w tym przypadku osób starszych, w zarządzaniu sprawami społeczności, wskazuje się na następujące podstawowe bariery, z którymi spotykają się seniorzy:

- utrudnienia dotyczące udziału w wyborach – dotyczy to głównie osób poważnie chorych, unieruchomionych, które nie są w stanie dotrzeć do lokali wyborczych, a nie mają pełnomocnika, który mógłby oddać głos w ich imieniu;
- brak mechanizmów konsultowania decyzji władz lokalnych ze środowiskiem osób starszych, co skutkuje ograniczonym wpływem seniorów na sprawy, które bezpośrednio ich dotyczą;
- brak dobrego kanału przekazywania informacji o sprawach lokalnych osobom starszym, w tym ograniczony dostęp do Internetu, co czyni z seniorów osoby pomijane i nieinformowane o ważnych społecznych decyzjach.

Polska starość mimo wielu zmian społeczno-gospodarczych ciągle jeszcze osadzona jest w bolesnym kontekście: złej sytuacji materialnej, niezadowalającej sytuacji zdrowotnej, samotności, braku wsparcia ze strony rodziny itp. Wszystko to powoduje, że osoby starsze częściej niż inne grupy społeczne są biorcami usług pomocy społecznej. Zwiększona konieczność zaspokajania potrzeb życiowych seniorów uruchamia działania z obszaru szeroko pojmowanej pomocy społecznej. Ustawy powinny regulować te kwestie lub tylko stanowić o możliwościach i udogodnieniach w tym zakresie. Społeczne inicjatywy podejmowane na rzecz ludzi starszych zarówno na poziomie rządowym, jak i samorządowym (szeroko rozumiana praca socjalna, system zabezpieczenia materialnego, pion usług niematerialnych, mieszkania chronione, domy pomocy społecznej, wreszcie system wsparcia społecznego realizowanego przez organizacje pozarządowe) mogą wskazywać na to, że ta grupa podopiecznych pomocy społecznej jest zabezpieczana wystarczająco i odpowiednio do jej potrzeb. Jednak praktyka życia codziennego, jak również prowadzone badania

dowodzą, że także w społecznych działaniach pomocowych istnieją obszary złego traktowania seniorów. Badania pokazały, że podstawowymi przejawami (mechanizmami) dyskryminacji ze względu na wiek w dziedzinie pomocy społecznej są następujące sytuacje i zjawiska:

- Ograniczanie środków samorządowych na zaspokajanie potrzeb ludzi starszych, co wpływa na jakość i zakres usług pomocy społecznej dostępnych dla seniorów. Samorządy nie dofinansowują w odpowiednim stopniu usług opiekuńczych, co sprawia, że nie wszystkie osoby wymagające takiego wsparcia je otrzymują. Istniejący mechanizm progu dochodowego w pomocy społecznej nie bierze pod uwagę specyfiki starości, np. wysokich kosztów leczenia.
- Zmiana zasad finansowania pobytu osób starszych w domach pomocy społecznej, co często prowadzi do utrudnionego dostępu do tych placówek.
- Kierowanie programów reintegracji społecznej i zawodowej do osób w wieku produkcyjnym, a nie do seniorów.
- Brak narzędzi diagnostycznych i przygotowania pracowników socjalnych do diagnozowania przemocy domowej wobec osób starszych.
- Bariery architektoniczne i nieprzyjazne wzory formularzy stosowane w instytucjach pomocy społecznej, które utrudniają osobom starszym dostęp do tych instytucji i świadczonych przez nie usług (Szatur-Jaworska 2005, s. 73).

Należy także zwrócić uwagę na niewystarczające działania wspierające (świadczenia z obszaru usług) kierowane do osób długotrwale chorych, osób niesamodzielnych, czyli takich, które w wyniku utraty niezależności fizycznej, psychicznej lub umysłowej wymagają niezbędnej opieki i pomocy w codziennych czynnościach życiowych przez okres co najmniej sześciu miesięcy. Niestety brak jest pełnych danych na ten temat, a informacje pochodzące z ZUS i KRUS nie są kompletne. Szacuje się jednak, że takich osób w Polsce jest około miliona. W związku z tym w biuletynie Rzecznika Praw Obywatelskich *Stan przestrzegania praw*

osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań Piotr Błędowski podnosi potrzebę wprowadzenia społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego (Błędowski *et al.* 2008). W sferze świadczeń mających na celu zachowanie samodzielności przez osoby starsze pomoc społeczna koncentruje swoje zadania przede wszystkim na terminowym wypłacaniu świadczeń pieniężnych. Natomiast zaniedbuje świadczenia w formie usług i nie dostrzega ich roli, choć zapotrzebowanie na nie ciągle rośnie:

> Biorąc pod uwagę występujące utrudnienia w zaspakajaniu potrzeb opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz spodziewany szybki i długotrwały wzrost zapotrzebowania na takie usługi, należy zadbać o stworzenie w możliwie niedługim czasie systemu instytucji publicznych, organizacji pozarządowych i firm prywatnych mającego na celu kompleksowe zaspakajanie potrzeb osób niesamodzielnych w zakresie pielęgnacji (Błędowski *et al.* 2008, s. 71).
>
> Wprowadzenie w życie społecznego, a więc obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego postuluje się ze względu na to, że:
>
> - wśród osób niesamodzielnych przeważającą cześć stanowią osoby starsze, a odsetek osób niesamodzielnych wzrasta wraz z wiekiem;
> - współczesna (mała) rodzina, której struktura ulega ciągłym zamianom także na skutek migracji zarobkowej za granicę, nie jest w stanie spełniać wobec swych członków funkcji opiekuńczej i pielęgnacyjnej w stopniu zapewniającym chorym zachowanie podmiotowości i godności;
> - dostępność do świadczeń opieki długoterminowej w Polsce jest bardzo ograniczona.
>
> Jak podaje Narodowy Fundusz Zdrowia, na świadczenia opieki długoterminowej przeznaczany jest mniej niż 1% ogółu wydatków NFZ w ciągu roku, a to oznacza coraz wyższe koszty związane z organizacją pielęgnacji i opieki nad osobą niesamodzielną, zarówno w jej mieszkaniu, jak i w placówce ochrony zdrowia lub pomocy społecznej. To sprawia, że osoba niesamodzielna i jej rodzina, w mniejszym niż dawniej stopniu, są w stanie samodzielnie finansować koszty świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych. Nie można też pominąć faktu, że dostęp do tego typu świadczeń jest łatwiejszy w ośrodkach miejskich, podczas gdy na wsi, ze względu na wyższy odsetek osób w wieku poprodukcyjnym, zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne jest wyższe.

> Ograniczenie możliwości korzystania przez osoby niesamodzielne ze świadczeń udzielanych wyłącznie przez rodzinę wynika także z braku przygotowania i umiejętności (w tym umiejętności obsługi specjalistycznych sprzętów i urządzeń) samych osób sprawujących pielęgnację (Błędowski *et al.* 2008, s. 69–73).

Ponadto rzeczywistość społeczna dostarcza wielu przykładów dyskryminacji ze względu na wiek, które pozostają w centrum zainteresowań wielu gerontologów i przedstawicieli innych nauk społecznych, a które można pogrupować w następujący sposób:

- komunikacja miejska/transport: niewystarczająca liczba autobusów niskopodłogowych, wysokie schody i brak poręczy, nieodpowiednia lokalizacja przystanków oraz nieuprzejmość i zniecierpliwienie kierowców;
- nieprzyjazność urzędów: bariery architektoniczne, w tym brak ławek, brak czytelnych oznaczeń, niezrozumiały język i zawiłe procedury, nieuprzejme i protekcjonalne traktowanie przez urzędników;
- usługi: bariery w dostępie do usług finansowych, w tym głównie niemożność wzięcia kredytu ze względu na wiek czy określenie debetu na karcie kredytowej, ograniczenia w dostępie do ubezpieczeń, mała czcionka druku w formularzach, nowoczesne technologie, niedostosowanie produktów do potrzeb seniorów;
- media: brak programów i tekstów dotyczących starości, brak działań medialnych pokazujących starość w pozytywnym świetle (Tokarz 2005, s. 19 i n.).

Nie można pominąć faktu, że w głównej mierze dyskryminowane są starsze kobiety. Feminizacja starości sprawia, że w populacji seniorów dominują kobiety, stąd wszystkie zjawiska, które odnoszą się do populacji osób najstarszej generacji, dotyczą ich w takim samym, a nawet w większym stopniu niż mężczyzn. Co więcej, praktyka życia codziennego dostarcza przykładów na to, że dłuższe życie kobiet obarczone jest wieloma negatywnymi zjawiskami (kryzysami), takimi jak: wdowieństwo, pogorszenie się sytuacji materialnej, osamotnienie i

samotność. Do tego dołączają często niekorzystne okoliczności, takie jak: niemożność lub nieumiejętność radzenia sobie z własną fizycznością i oznakami przemijania oraz utratą dotychczasowej pozycji społecznej. To sytuacje bardzo trudne, z którymi często starsze (a zwłaszcza samotne) kobiety sobie nie radzą. Ze zjawiskiem dyskryminacji oraz marginalizacji wiąże się bezpośrednio problem ubóstwa, który charakteryzuje się dużym stopniem feminizacji, będącej skutkiem relatywnie większego, w tym długotrwałego, bezrobocia wśród kobiet, niższych płac i emerytur, samodzielnego macierzyństwa oraz szczególnego obciążenia kobiet pracą (w tym opieką) domową (Charkiewicz 2011, s. 64).

1.3. Wykluczanie cyfrowe seniorów

W wielu współczesnych społeczeństwach, także w Polsce, na zjawisko wykluczenia społecznego w dużej mierze składa się (i przyczynia się do niego) wykluczenie cyfrowe. Ono też jest uważane za jedną z przyczyn słabego uczestnictwa społecznego seniorów. Spośród Polaków po 50. roku życia rekrutuje się ledwie 18% internautów i aż 65% dorosłych niekorzystających z sieci (zob. *Polacy 50+...*). Polacy w wieku 50+ mają znacząco niższe kompetencje cyfrowe w porównaniu z osobami w wieku 16–49 lat. Marginalizacja cyfrowa częściej grozi osobom starszym słabo wykształconym, mieszkającym poza aglomeracjami miejskimi, mającym niskie dochody.

Diagnoza społeczna 2011 (Czapiński, Panek 2011, s. 299–309) podaje dane na temat potencjalnych możliwości podejmowania i uczestniczenia w e-aktywności: w pierwszej połowie 2011 roku w Polsce dwie trzecie badanych posiadało komputer, a dostęp do Internetu 51%, dla porównania w *Diagnozie społecznej 2013* te dane wyniosły 34% oraz 17%.

Rosnąca liczba komputerów w polskich gospodarstwach domowych napawa optymizmem, lecz można sądzić, że przyrost ten częściej dotyczy gospodarstw osób młodych oraz polega w dużej części na kupowaniu urządzeń mobilnych (laptopy, tablety), gdyż dane mówią też o tym, że gospodarstwa jednoosobowe aż w 72% nie mają tego rodzaju sprzętu. Takie gospodarstwa są charakterystyczne dla samotnych seniorów częściej niż dla osób młodszych. Stosunkowo duży jest również odsetek seniorów niekorzystających z komputera mimo jego posiadania w gospodarstwie domowym – 23% badanych, najczęściej są to emeryci, renciści o niższym poziomie wykształcenia bez motywacji do korzystania i/lub wiedzy z zakresu nowych technologii (Rocznik Statystyczny 2011, s. 424–425).

Bardziej optymistycznie przedstawia się stan posiadania urządzeń cyfrowych – 49% seniorów (65+) korzysta z telefonów komórkowych, a 76% gospodarstw domowych emerytów ma je na swoim wyposażeniu, natomiast aparat fotograficzny posiada 22% gospodarstw domowych emerytów (Rocznik Statystyczny 2011, s. 424–425).

Raport Otwarcia Koalicji „Dojrz@łość w sieci". Miedzy alienacją a adaptacją (Batorski, Zając 2010) opisuje przyczyny, następstwa oraz sposoby przeciwdziałania wykluczeniu cyfrowemu osób dojrzałych. Raport podaje, że spośród prawie 13 mln obywateli w wieku 50+ aż 78% (ponad 10 mln) nie korzysta z Internetu. Seniorzy pytani o częstość korzystania z komputera, udzielili odpowiedzi „często" w 25%.

Z podanymi wynikami korespondują dane z raportu GUS *Społeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2007–2011* (Berezowska *et al.* 2012, s. 94, tab. 2). W raporcie można znaleźć informację, że wśród osób z przedziału wiekowego 65–74 lata w 2011 roku jedynie 10,8% osób regularnie korzystało z komputera, jednak wśród osób z przedziału 55–64 lata ten odsetek wyniósł 31,6%. Natomiast dane z badań World Internet Project (WIP) przytaczane w raporcie GUS-u mówią, że w Polsce w czerwcu 2010 roku z Internetu „od czasu do czasu" korzystało prawie 25% badanych powyżej 50. roku życia, podczas gdy w grupie wiekowej 15–49 lat było ich już 75% (Berezowska *et al.* 2012, s. 94).

Raport publikuje też dane z krajów europejskich na temat posiadania komputera w gospodarstwach domowych w 2010 roku. Na czele listy znajdują się: Islandia, Niderlandy, Norwegia, Szwecja, Luksemburg, Dania, Niemcy, Wielka Brytania z ponad 80-procentowym odsetkiem posiadania. Polska znalazła się na 20. miejscu z 74-procentowym wskazaniem (Berezowska *et al.* 2012, s. 92, wyk. 2).

Autorki opracowania *Seniorzy jako użytkownicy internetu* podają, że polscy seniorzy najczęściej szukają w sieci aktualnych wiadomości o świecie lub informacji z zakresu zdrowia, treści związanych z turystyką lub o charakterze rozrywkowym.

Najrzadziej szukają za pośrednictwem Internetu pracy, rzadko też czytają blogi (Szmigielska, Bąk, Hołda 2012). Seniorzy do komunikacji online najczęściej wykorzystują e-mail (ok. 70%), dużo rzadziej niż młodsi internauci korzystają z komunikatorów. Internauci powyżej 50. roku życia są stosunkowo aktywni na portalach społecznościowych (prawie 70% osób w wieku 50–64 lat oraz 50% tych, którzy ukończyli 65 lat). Jednocześnie autorki zwracają uwagę, ze seniorzy są nieufni wobec informacji znalezionych w sieci, mimo to swobodnie przeszukują umieszczone w niej treści (robi to ponad 75%), rzadziej natomiast korzystają z gier online, słuchają muzyki, oglądają filmy oraz poszukują treści religijnych lub duchowych (robi to około 20%). Najrzadziej korzystają z Internetu w celu odwiedzania stron erotycznych lub uprawiania hazardu (średnio 15% w porównaniu do około 30% dla innych grup). Seniorzy w świecie wirtualnym szukają głównie danych o produktach, o połowę rzadziej niż inne grupy wiekowe dokonują zakupów w sieci, niewielki odsetek osób po ukończeniu 60. roku życia korzysta z bankowości online (Szmigielska, Bąk, Hołda 2012, s. 146).

Z Internetu wśród osób w wieku 50+ w Polsce korzystają przede wszystkim osoby lepiej wykształcone, aktywne zawodowo i mieszkające w dużych miastach. Grupa dzisiejszych seniorów jest porównywalnie nisko wykształconą populacją, w związku z czym niekorzystanie z Internetu jest w niej potęgowane tym czynnikiem. Wśród starszych Polaków z wykształceniem wyższym i policealnym 59% korzysta z sieci, z wykształceniem średnim – 32%, z podstawowym zaś zaledwie 2%. Podobnie jest ze starszymi mieszkańcami wsi – tylko 3,4% z nich to użytkownicy Internetu (Czapiński, Panek 2009).

Umiejętności osób w wieku 50+ korzystających regularnie, choć znacznie rzadziej niż osoby młodsze, z komputera polegają głównie na: kopiowaniu lub przenoszeniu plików i folderów (71% korzystających regularnie), edytowaniu tekstu (61%), posługiwaniu się arkuszami kalkulacyjnymi (38%), instalowaniu nowych urządzeń (33%), kompresowaniu plików (20%). Do umiejętności korzystania z Internetu natomiast zaliczały się

najczęściej: używanie wyszukiwarki internetowej (90%), przesyłanie e-maili (72%), telefonowanie przez Internet (28%) (Rocznik Statystyczny 2011, s. 43–44).

Polacy w wieku 50+ niechętnie przystępują do edukacji formalnej w celu zdobywania e-kompetencji – 17% korzysta z pomocy bliskich i znajomych, 14% z nich samodzielnie uczy się obsługi komputera (przez praktykę), a jedynie 7-procentowa grupa uczestniczy w szkoleniach z inicjatywy pracodawcy, co wskazuje na aktywność zawodową osób w wieku 50+ korzystających z e-technologii, będącą z pewnością rodzajem motywacji do ich używania. W porównaniu z seniorami w innych krajach UE Polacy rzadko podejmują szkolenia z własnej inicjatywy – w wieku 55–64 lat to tylko 3% osób, przy średniej w UE na poziomie 10%. W starszych grupach wiekowych w Polsce nikt nie deklaruje takiej aktywności (Rocznik Statystyczny 2011, s. 55).

Starsi użytkownicy e-technologii najczęściej korzystają z nich z powodu pracy zawodowej (45% osób w wieku 50–59 lat i 26% osób w wieku 60+), w celu pozyskania informacji z sieci (odpowiednio: 34% i 45%) oraz dla rozrywki (21% i 22%) (Rocznik Statystyczny 2011, s. 58). Takie wyniki korespondują z danymi mówiącymi o aktywności społecznej i uczestnictwie w kulturze seniorów. Raport GUS podaje, że użytkownicy e-technologii znacznie częściej uczestniczą w kulturze (29% chodzi do kina, teatru i na koncerty, podczas gdy niekorzystający z e-technologii w tym wieku to jedynie 6% uczestników w kulturze). Podobnie rzecz się ma z uczestniczeniem w interakcjach i życiu społecznym – ponad 65% użytkowników e-technologii uczestniczy w spotkaniach i wydarzeniach towarzyskich. GUS podaje, że korzystający z e-technologii seniorzy znacznie częściej angażują się w działania na rzecz lokalnej społeczności oraz w członkostwo w stowarzyszeniach społecznych (po 25%) niż niekorzystający (odpowiednio: 12% i 11%) (Rocznik Statystyczny 2011, s. 79). Zatem zdobycie przez osoby 50+ umiejętności korzystania z komputera i Internetu może mieć wymierne korzyści związane z podtrzymaniem ich aktywności zawodowej, możliwością awansu w

pracy, jakością życia, większą aktywnością społeczną i częstszym uczestnictwem w kulturze i życiu towarzyskim.

Jeśli chodzi o bariery w korzystaniu z Internetu, to są nimi nie tyle ograniczenia finansowe czy brak odpowiedniego sprzętu, ile raczej niska motywacja, mała wiedza na temat zastosowania nowoczesnych technologii, niewystarczające umiejętności oraz obawy wynikające z niewiedzy na temat funkcjonowania i używania sprzętu oraz poszczególnych programów. Niskie kompetencje osób 50+ ograniczają korzystanie przez nich z e-technologii, a wręcz do tego zniechęcają.

W typologii barier, opisanej w raporcie otwarcia (Batorski, Zając 2010; Berezowska *et al.* 2012), zwrócono uwagę głównie na bariery tzw. twarde, opisujące aspekty:

- finansowe podejmowania aktywności w zakresie nowych technologii;
- zasięgu, czyli możliwości technologicznych, jakie są w zasięgu obywateli 50+;
- sprzętowe, jakimi dysponują (także w rozumieniu możliwości) potencjalni użytkownicy;
- oraz tzw. miękkie, rozumiane jako:
- brak interesujących usług i treści dla użytkownika w wieku 50+;
- bariery psychologiczne – strach, różnorakie obawy i nieracjonalne przekonania na temat nowoczesnych technologii;
- autowykluczanie polegające na niechęci do zmian, nowości oraz przekonaniu, że takie nowiny są dla młodych;
- brak wiedzy;
- brak umiejętności użytkowania (Batorski, Zając 2010; Berezowska *et al.* 2012, s. 25).

Ze względu na charakter barier i ich znaczenie w podejmowaniu aktywności oraz możliwość ich niwelowania „twarde" tracą na znaczeniu, a kluczowymi w podejmowaniu e-aktywności stają się „miękkie". Według danych z raportu World Internet Project (2010) zdecydowanie najczęściej wymienianą

przyczyną niekorzystania z nowoczesnych technologii jest brak zainteresowania i potrzeb.

Zapobieganie marginalizacji cyfrowej jest poważnym wyzwaniem, tym bardziej że upowszechnianie nowoczesnych technologii komunikacyjnych i cyfrowych wiązane jest z rozwojem gospodarki opartej na wiedzy. O ile w przypadku młodszej części społeczeństwa e-marginalizacja może być jedynie kwestią dochodów (wydatków na sprzęt, Internet), o tyle w przypadku seniorów istotniejsza może okazać się kwestia motywacji do nauki i podjęcia aktywności w zakresie e-technologii. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa może pogłębiać się także jego rozwarstwienie technologiczne, co niesie negatywne skutki zarówno w postaci kłopotów z zatrudnieniem i jego utrzymaniem, jak i posiadanymi umiejętnościami i kompetencjami technologicznymi oraz pogarszającym się statusem społecznym i potencjałem osobistym (wiedza, rozwój umiejętności) osób e-wykluczonych.

Powszechna umiejętność posługiwania się nowoczesnymi technologiami jest warunkiem osiągnięcia odpowiedniej jakości życia oraz stworzenia wystarczającego potencjału rozwoju całego społeczeństwa. Poprawa kompetencji cyfrowych osób starszych jest także istotna ze względu na wyzwanie związane z polepszaniem jakości życia na wsi oraz osób nieaktywnych zawodowo czy niepełnosprawnych. Cyfrowe kompetencje obywateli są podstawą do rozwoju gospodarki opartej na wiedzy. Znaczenie wykorzystywania technologii informacyjnych i komunikacyjnych jest podkreślane w polityce UE jako ważny środek służący budowie nowoczesnej gospodarki.

Technologiczne równouprawnienie może przyczynić się do wyrównania różnic społecznych, nie tylko prowadząc do międzypokoleniowego porozumienia, lecz także scalając nierówności wywołane niskimi dochodami, samotnością, chorobą i niepełnosprawnością, niskim poziomem wykształcenia.

Nowoczesne technologie stają się bowiem dostępne także dla osób niepełnosprawnych ruchowo, słabowidzących, niewidomych, niedosłyszących, głuchych i często są dla nich głównym źródłem

wiedzy, kontaktów społecznych i zatrudnienia, także dzięki nowoczesnym rozwiązaniom zwiększającym możliwości użytkowników z dysfunkcjami. Sama tylko starość jako utrudnienie w korzystaniu z nowoczesnych technologii staje się w tej sytuacji przeszkodą mało znaczącą.

2. Zdrowie i choroba jako determinanty jakości życia w starości

2.1. Zdrowie jako czynnik warunkujący jakość życia w starości

Kategorią niezwykle ważną dla wszystkich ludzi jest jakość życia, która w okresie starości nabiera szczególnego znaczenia. Z. Woźniak uważa jednak, że nie ma specjalnych różnic w określaniu jakości życia seniorów i innych grup społecznych. Największe znaczenie w kształtowaniu jakości życia najstarszego pokolenia mają w kolejności następujące czynniki:

- zdrowie fizyczne;
- bezpieczeństwo ekonomiczne, czyli dysponowanie stabilnym i adekwatnym dochodem służącym zaspokojeniu potrzeb podstawowych;
- towarzystwo, koleżeństwo i życie społeczne;
- życie rodzinne;
- funkcjonalne zdrowie, czyli zdolność do samoobsługi i samoopieki;
- doświadczanie miłości i opieki ze strony potomstwa (2006, s. 149).

Nie można pominąć faktu, że pojęcie jakości życia jest wieloznaczne i nieostre, głównie ze względu na posługiwanie się nim przez badaczy reprezentujących różne środowiska i dyscypliny naukowe. Jest obecne między innymi w medycynie, psychologii, socjologii, ekonomii i polityce społecznej. Jakość życia w medycynie łączona jest z pojęciem zdrowia, określanego jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Psychologowie łączą jakość życia z poczuciem szczęścia, a socjologowie z

systemem wartości, subiektywnymi ocenami życia i jego warunków. W ekonomii jakość życia analizuje się w kontekście poziomu i warunków życia, łącząc ją z zaspokajaniem przez człowieka potrzeb. Polityka społeczna zainteresowana jest jakością życia w różnych jej wymiarach, zawsze jednak wiąże ją z zaspokajaniem przez człowieka potrzeb i warunkami, jakie stwarza mu do tego społeczeństwo.

Jak twierdzi B. Szatur-Jaworska, w każdym przypadku jest to kategoria wartościująca, służąca określeniu tego, co dobre i złe w życiu poszczególnych ludzi i całych społeczeństw:

> W najszerszym rozumieniu na jakość życia składa się poziom życia (rozumiany jako poziom zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych), stan środowiska przyrodniczego i technicznego, charakter więzi społecznych (w rodzinie i szerszych zbiorowościach) oraz odczucia ludzi dotyczące wymienionych obszarów. W węższym znaczeniu, to poziom i warunki życia oraz związane z nimi odczuwanie zadowolenia (lub braku zadowolenia) (2006, s. 304).

W uproszczonej wersji jakość życia definiuje się jako: „ocenę stopnia zaspokajania potrzeb, dokonywaną bezpośrednio przez jednostkę" (Rutkowski 1991, s. 33).

Trzeba też pamiętać, że jakość życia w odniesieniu do osób starszych nabiera nowego, najczęściej subiektywnie rozumianego znaczenia. Przy założeniu, że pojęcie jakości życia jest konstruktem hipotetycznym funkcjonującym na wysokim stopniu abstrakcji i że pochodzi ono ze świata wyobrażeniowego, a nie obserwowalnego, należy uznać fakt dysponowania własnym rozumieniem tego pojęcia przez każdego człowieka. „Nie oznacza to, by wszyscy mieli odmienne pojęcie jakości życia, tylko by w czym innym upatrywali przyczyn tego stanu rzeczy" (Chabior 2011a, s. 9).

Zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami za jeden z głównych elementów kształtujących jakość życia, zwłaszcza w okresie starości, uznać należy zdrowie. Wyjaśnienie, czym jest zdrowie, to zadanie złożone, nie powinno być ono kojarzone tylko z brakiem choroby. Najpełniejszą definicję zdrowia zaproponowała Światowa

Organizacja Zdrowia. Uwzględniła w niej aspekty psychospołeczne, inicjując tym samym zainteresowanie problemami medycznymi człowieka i społeczeństwa przedstawicieli pozamedycznych środowisk naukowych (głównie psychologii i socjologii) – odpowiednio do zakresów badań i metodologii ich dyscyplin naukowych. Zgodnie z tą definicją zdrowie to stan pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, dobre funkcjonowanie biopsychospołeczne.

Zatem zdrowie nie jest tylko dobrym stanem narządów, zmysłów i układów, ale też dobrym stanem psychicznym, emocjonalnym i satysfakcjonującym funkcjonowaniem w społeczności, z uwzględnieniem właściwej dla wieku aktywności.

Zofia Kawczyńska-Butrym podkreśla cztery wzajemnie powiązane czynniki tworzące właściwe rozumienie definicji zdrowia oraz wynikającego z niego samopoczucia i stopnia funkcjonowania społecznego:

- zdrowie fizyczne – prawidłowe funkcjonowanie organizmu (dobre samopoczucie fizyczne);
- zdrowie psychiczne, w ramach którego uwzględniono: zdrowie umysłowe – czyli zdolność do jasnego, logicznego myślenia, a także zdrowie emocjonalne – czyli zdolność do rozpoznawania i wyrażania uczuć zgodnie z normą kulturową oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem;
- zdrowie społeczne – zdolność pełnienia ról społecznych i utrzymywania prawidłowych relacji z innymi ludźmi (dobre samopoczucie społeczne);
- zdrowie duchowe – interpretowane jako aktywność związana z wierzeniami i praktykami religijnymi, jak też prowadząca do zachowania wewnętrznego spokoju zgodność życia z przyjętymi zasadami, wiarą, normami i świadomość kontaktu z Bogiem (2008, s. 52).

Włączenie do definicji zdrowia aspektu psychospołecznego zaowocowało na gruncie socjologii definicjami łączącymi zdrowie z pełnieniem ról społecznych. Talcott Parsons określił zdrowie jako: „optymalną zdolność do efektywnego wykonywania cenionych

zadań, w rozumieniu ról społecznych, a chorobę jako ograniczenie tej zdolności" (za: Kawczyńska-Butrym 2008, s. 54). Przyjęcie takiej definicji z jednej strony pozwoliło na określenie związków między zdrowiem a realizacją ról społecznych, z drugiej – opisać i scharakteryzować ograniczenia w ich pełnieniu w sytuacji choroby.

Dla określenia i oceny zmian w realizacji ról społecznych (społecznego aspektu zdrowia) zaproponowano kategorię sprawności w czynnościach codziennych. Wykorzystano ją do opracowania skal sprawności osób chorych, niepełnosprawnych i starych. Każda taka skala to indeks czynności i poziom samodzielności w ich wykonywaniu. Istotna jest w nich sprawność związana z czynnościami:

- samoobsługowymi: czynności higieniczne, fizjologiczne, przemieszczanie się w domu;
- prowadzenia gospodarstwa domowego;
- wychodzenia z domu: robienie zakupów, wizyty u lekarza, wyjścia do pracy, kościoła, teatru itp.;
- oceny podstawowej mobilności, czyli przemieszczanie się w najbliższej przestrzeni, łącznie z możliwością zmiany pozycji ciała;
- komunikowania się bezpośredniego (rozumienie, słuch, mowa), a także przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii.

Wszystkie te czynności podlegają ocenie w skali od wykonywanych „w pełni samodzielnie", przez „przy użyciu pomocy", aż do „całkowitego braku samodzielności". W zależności od oceny samodzielności osób starszych, od zachowanego przez nie stopnia sprawności w zakresie czynności podstawowych i codziennych kierowana jest do nich oferta pomocy.

W przyjętej definicji zdrowia podkreślana jest ocena potrzeb w zakresie opieki i wsparcia, w zdecydowanie mniejszym stopniu natomiast eksponowane są inne sfery aktywności (chorych) seniorów, takie jak: uczestnictwo w kulturze, czas wolny, wypoczynek itp. Choroba i niepełnosprawność stanowią poważną i uciążliwą barierę w samodzielnym życiu, lecz nie eliminują

zainteresowań, planów na przyszłość, potencjału intelektualnego. Zmiany społeczne oraz zmiany w standardach opieki nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi w konsekwencji przyniosły kolejną koncepcję rozumienia zdrowia i choroby:

> Zdrowie to jak najdłuższe samodzielne, aktywne i twórcze życie bez chorób i niepełnosprawności, ale także razem z nimi, jeśli nie udało się ich uniknąć (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 60).

Przyjęcie za kryterium zdrowia samodzielnego, aktywnego i twórczego życia doprowadziło w rezultacie do określenia go w kategoriach potencjału, jakim dysponuje człowiek do realizacji swoich planów, celów, obrania własnych, dopasowanych do swoich możliwości strategii życiowych. Jednocześnie oczywiste stało się to, że potencjał poszczególnych osób tworzy potencjał społeczny, niezbędny do rozwoju całego społeczeństwa (Kawczyńska-Butrym 2008, s. 62).

Zmiany w sposobie definiowania oraz rozumienia zdrowia i choroby stały się w konsekwencji przyczyną coraz powszechniejszego rozpatrywania starzenia się z dwóch perspektyw: jako stanu niepatologicznego, lecz zagrożonego chorobami bezpośrednio związanymi z wiekiem, bądź jako statusu o wysokiej funkcjonalności z niewielkim ryzykiem chorobowym.

Z. Woźniak ujmuje tę kwestię podobnie, twierdząc:

> W wymiarze fizjologicznym starzenie się ma z reguły towarzyszącą komponentę patologiczną – stąd też mamy wielu normalnie funkcjonujących ludzi starych, których nie można jednak nazwać osobami zdrowymi (2006, s. 154).

Bez względu na przyjętą definicję zdrowia sprawą bardzo trudną jest obiektywne określenie stanu zdrowia populacji osób starszych. Wynika to głównie z wieloczynnikowości uwarunkowań zdrowia osób starszych. Jak twierdzi B. Bień (2002, s. 35),

> [...] zdrowie seniorów z jednej strony zależy od tempa naturalnego osobniczo zmiennego procesu starzenia się, z drugiej zaś jest następstwem chorób, w tym zależnych od wieku, przebytych urazów,

> wypadków, jak i również przeszłych i bieżących oddziaływań środowiska. Ocena zdrowia oparta jedynie na badaniach klinicznych nie jest w stanie objąć ani wyrazić całego zakresu i wewnętrznej złożoności elementów składających się na poczucie zdrowia w indywidualnych przypadkach, a tym bardziej odnosić się do populacji (2002, s. 35).

Ocena stanu zdrowia starzejącego się społeczeństwa, w tym również polskiego, staje się trudnym zadaniem, stawiającym ogromne wyzwania przed polityką społeczną, zdrowotną, socjalną i ekonomiczną wielu państw Europy, w tym także Polski.

> Powiązanie wzrastającej średniej długości życia ludzkiego z zachowaniem jego jakości wymaga metodycznego i naukowego podejścia do starzenia się jako procesu o szybko wzrastającej dynamice i ogromnej złożoności (Derejczyk 2004, s. 127).

Potrzeby te spowodowały wyeksponowanie problematyki gerontologii, ale w szczególności geriatrii. Geriatria to dział interny, który zajmuje się schorzeniami osób po 60. roku życia, który

> [...] integruje w swoich kompetencjach zdolność do całościowej, innymi słowy kompleksowej oceny, a zatem i diagnozy pacjenta geriatrycznego, tj. osoby, u której konstelacja rozmaitych problemów zdrowotnych i dysfunkcji narządowych wykracza poza możliwości diagnostyczne jednego, nawet najwyższej klasy specjalisty wąskiej dyscypliny (Bień 2012, s. 152).

Krótko można powiedzieć, że geriatra może zastąpić lekarzy z wąskich specjalizacji, ale nikt nie jest w stanie zastąpić geriatry. Celem tego działu medycyny jest utrzymanie jak najdłużej maksymalnej sprawności i samodzielności pacjenta oraz ograniczenie zbędnej instytucjonalizacji. Jest to osiągane dzięki utrzymaniu stylu życia korzystnego dla zdrowia, zapobieganiu chorobom oraz ustalaniu zasad diagnostyki i leczenia patologii pojawiających się u osób starszych. Narzuca to konieczność znajomości następstw procesu starzenia się oraz wiedzy na temat chorób wieku podeszłego i ich symptomów, które są mało

specyficzne i zazwyczaj zgoła odmienne niż u osób młodych. Właśnie dlatego powołano specjalizację lekarską z geriatrii, która ma na celu zapewnienie odpowiednich metod leczenia charakterystycznych dla tego typu chorych i dolegliwości takich, jak: zaburzenia równowagi i upadki, postępujące wyniszczenie, nierozpoznane czy nieleczone zespoły otępienia, choroba Alzheimera.

Osoby starsze są najtrudniejszymi i najdroższymi pacjentami w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Spowodowane jest to złożonością problemów socjoekonomicznych, zdrowotnych, psychospołecznych pojawiających się podczas opieki nad nimi. Mimo to właśnie w zakresie geriatrii edukacja polskiej kadry medycznej jest najsłabsza. Kształcenie w tej dziedzinie znajduje się w standardach nauczania na wszystkich kierunkach medycznych (pielęgniarstwo, fizjoterapia, logopedia, dietetyka, stomatologia, zdrowie publiczne) oprócz lekarskiego, gdzie realizowany jest obligatoryjnie tylko dla uczących się w Polsce studentów anglojęzycznych lub na wybranych uczelniach dla polskich studentów jako fakultet. Oznacza to, że przeciętny absolwent medycyny w Polsce, kończąc studia, nie zna swoistości przebiegu choroby czy farmakologii wieku podeszłego ani instrumentarium oceny geriatrycznej, czyli „zestawów standaryzowanych skal mierzących poziom funkcji psychicznych i fizycznych" (Bień 2012, s. 153) – normy, która jest przyjęta na świecie. Wpływa to również na możliwości edukacji lekarzy rodzinnych,

> [...] w których programach specjalizacyjnych nie ma możliwości szkolenia z geriatrii z uwagi na deficyt modelowej bazy klinicznej, z której tradycyjnie słynie baza akademicka (Bień 2012, s. 156).

W niektórych miejscach, choć niewielu, prowadzone są staże cząstkowe z geriatrii dla przyszłych lekarzy rodzinnych w nielicznych w kraju pełnoprofilowych klinikach geriatrycznych. Nierównomierny rozkład godzin przeznaczonych na geriatrię podczas studiów (wymiar symboliczny dla lekarzy i dostatecznie

duży np. dla pielęgniarek) powoduje, że zespół geriatryczny nie ma możliwości wielostronnej i skutecznej współpracy na rzecz zróżnicowanych potrzeb i problemów pacjenta starszego, ponieważ grupa nie może spełniać oczekiwań z powodu niekompetencji lekarza.

Czynnikiem społecznym i środowiskowym, który ma decydujący wpływ na jakość zdrowia osób starszych, jest rodzaj polityki zdrowotnej państw, czyli

> [...] wybrany system pozyskiwania środków na leczenie wraz z pakietem świadczeń zdrowotno-opiekuńczych i socjalnych dla osoby ubezpieczonej i mechanizmami gwarantującymi dostępność tych świadczeń (Derejczyk 2004, s. 129).

W Polsce osoby starsze to najbardziej zaniedbana pod względem medycznym grupa, choć to właśnie oni częściej korzystają z usług opiekuńczych, zabiegów pielęgnacyjnych, porad lekarskich czy zabiegów rehabilitacji niż osoby młode. Obecnie w naszym kraju nie istnieje model kompleksowej opieki geriatrycznej (KOG) polegający na systematycznym, całościowym badaniu stanu zdrowia osoby starszej, biorący pod uwagę jej sytuację rodzinną i bytową. Tę podstawową opiekę dla osób starszych mogłoby zagwarantować jedynie prawidłowe współdziałanie lekarza (najlepiej geriatry), pielęgniarki i pracownika socjalnego. Zasadniczy wpływ na taką sytuację mają nie najlepiej zorganizowana ochrona zdrowia i jej niedofinansowanie.

System finansowania, który obecnie jest w Polsce stosowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, opiera się na tzw. jednorodnych grupach pacjentów. Polega on na „refundacji kosztów diagnostyki i terapii jednej choroby, niezależnie od rodzaju dyscypliny medycznej" (Bień 2012, s. 153). Z powodu takiego podejścia NFZ geriatria z góry jest skazana na przegraną pozycję, ponieważ traktuje ona pacjenta jako całość z perspektywy funkcji. Stara się ona przywrócić starszego i schorowanego człowieka do jak najwyższego poziomu funkcjonowania przez poszukiwanie indywidualnych przyczyn,

które doprowadziły do pogorszenia się jego stanu psychofizycznego, w celu jak najszybszej interwencji. To wszystko generuje koszty, ignorowane przez NFZ, który refunduje tylko wartość świadczeń medycznych przypisanych do jednej choroby. Nie sprawdza się to w przypadku ludzi starszych, ponieważ problemem jest opisanie patologii za pomocą jednej lub najwyżej dwóch jednostek chorobowych u człowieka, który wymaga leczenia pięciu lub więcej chorób. Wprowadzenie tego systemu w przypadku geriatrii jest nieudanym eksperymentem. W konsekwencji prowadzi to do zamykania i tak już niewielkiej liczby oddziałów czy poradni geriatrycznych, które powodują zadłużenie placówki.

Obecnie Polska zostaje daleko w tyle pod względem dostępności opieki geriatrycznej w porównaniu z innymi krajami Europy. Mierząc ją liczbą lekarzy geriatrów i liczbą łóżek geriatrycznych w systemie, można stwierdzić, że na 100 tys. mieszkańców Polski przypada 0,2 geriatry, podczas gdy w Wielkiej Brytanii ten wskaźnik wynosi 1,3, a w Szwecji nawet 7,7. By zagwarantować prawidłową opiekę osobom starszym, współczynnik ten powinien wynosić 2 geriatrów na 100 tys. mieszkańców kraju, czyli w przeliczeniu w Polsce powinniśmy mieć 760 lekarzy ze specjalizacją z geriatrii, a aktualnie jest ich aż pięciokrotnie mniej, a poza tym duża ich część nie jest w ogóle zatrudniona w opiece geriatrycznej. Jednak informacje odnośnie do łóżek geriatrycznych są jeszcze bardziej alarmujące, ponieważ dysponujemy liczbą tylko 500 łóżek, czyli 1,2 na 100 tys. mieszkańców, podczas gdy w Szwecji jest ich aż 24,4. Wszystko to prowadzi do braku lub w najlepszej sytuacji utrudnionego dostępu do lekarza geriatry dla ludzi chorych w podeszłym wieku. W Polsce nie otwiera się nowych oddziałów czy poradni geriatrycznych ani nie zwiększa się liczby łóżek na oddziałach już istniejących, a wręcz przeciwnie – co roku słyszymy o likwidacji kolejnych oddziałów tej specjalizacji medycyny. Zapomniano również, że praca geriatrów pełni dużą rolę w obniżaniu kosztów leczenia osób starszych, a także podwyższa jakość świadczonych dla nich usług.

Innym błędem powielanym od wielu lat w Polsce w stosunku do człowieka starszego jest ograniczenie możliwości zaspokajania jego potrzeb zdrowotnych do instytucjonalnej opieki długoterminowej bez gwarancji dostępu do geriatrii, psychogeriatrii, rehabilitacji geriatrycznej. Skutkiem tego jest „zbędna instytucjonalizacja tysięcy starych chorych ludzi i ich przedwczesna umieralność"
(Derejczyk 2004, s. 133). Podstawą do rozwoju opieki długoterminowej była duża liczba osób cierpiących na przewlekłe choroby, które oczekiwały na oddziałach ostrych na miejsca w domach pomocy społecznej. Jednak osoby przyjęte do tego typu ośrodka nie mogą być przyjęte bezpośrednio na oddział ostry w sytuacji pogorszenia się ich stanu zdrowia, więc jest to rozwiązanie niekorzystne. Nie zważa się również na to, że w trakcie kilkuletniego pobytu w placówce opieki długoterminowej zapewne wielokrotnie wystąpi potrzeba konsultacji z geriatrą. Mimo to geriatria nie otrzymała dotychczas w Polsce wsparcia finansowanego wskutek postanowień Rady Ministrów i Ministerstwa Zdrowia dotyczących opieki długoterminowej czy paliatywno-hospicyjnej.

W wydawanym co roku przez GUS Roczniku Demograficznym można znaleźć potwierdzenie faktu starzenia się społeczeństwa polskiego. Z zamieszczonych w nim danych płynie jeden wniosek – z roku na rok w Polsce wzrasta odsetek ludzi starszych. Według Rocznika Demograficznego wydanego w 2008 roku w Polsce w 2007 roku liczba osób w wieku powyżej 60. roku życia wynosiła ponad 6,8 mln, co stanowiło 18,04% ludności naszego kraju w tamtym okresie. Natomiast udział dzieci w wieku 0–9 lat w ludności Polski równał się 9,66% ludności całego kraju. Od tamtego czasu liczba seniorów w Polsce cały czas powoli wzrasta. W 2008 roku udział osób powyżej 60. roku życia w ludności naszego kraju wynosił 18,56% ogółu mieszkańców Polski, w 2009 roku wzrósł do 19,08%, tymczasem w 2010 roku wskaźnik ten wynosił 19,66%, a w 2011 roku – 20,23%. Jak wynika z danych zawartych w Rocznikach Demograficznych, mimo że następuje wzrost udziału dzieci w wieku 0–9 lat w ludności Polski (2008 rok

– 9,71%, 2009 – 9,8%, 2010 – 9,89%, 2011 – 10,09%), to jednak udział seniorów powyżej 60. roku życia jest nadal od niego większy. Demograficzne starzenie się społeczeństwa doprowadza do zwiększenia się liczby osób z chorobami przewlekłymi, co najczęściej prowadzi do niepełnosprawności lub pogorszenia się sprawności funkcjonalnej, a w konsekwencji do śmierci.

Jak potwierdzają dane GUS, seniorzy w Polsce mają znacznie utrudniony dostęp do opieki geriatrycznej. W tabelach 14 i 15 zostały zaprezentowane informacje dotyczące liczby oddziałów geriatrycznych w Polsce w poszczególnych województwach w latach 2009–2011.

Tabela 14. Liczba oddziałów geriatrycznych i łóżek na oddziałach geriatrycznych w 2011 roku według województw

Województwo	Ogólna liczba oddziałów	Liczba oddziałów geriatrycznych	Liczba oddziałów geriatrycznych (%)	Liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych	Liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych (%)
dolnośląskie	481	1	0,21	30	0,21
kujawsko-pomorskie	329	1	0,30	21	0,23
lubelskie	380	3	0,79	88	0,78
lubuskie	152	1	0,66	25	0,59
łódzkie	510	1	0,20	10	0,07
małopolskie	487	1	0,21	48	0,33
mazowieckie	805	0	0,00	0	0,00
opolskie	144	2	1,39	50	1,14
podkarpackie	306	1	0,32	30	0,31
podlaskie	223	0	0,00	0	0,00
pomorskie	352	0	0,00	0	0,00
śląskie	815	7	0,86	23	0,90
świętokrzyskie	217	0	0,00	0	0,00
warmińsko-mazurskie	254	0	0,00	0	0,00
wielkopolskie	542	1	0,18	20	0,13
zachodniopomorskie	265	1	0,38	6	0,08

Źródło: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r*. 2012.

Tabela 15. Liczba pacjentów leczonych na oddziałach geriatrycznych w 2011 roku według województw

Województwo	Liczba pacjentów leczonych na wszystkich oddziałach	Liczba pacjentów leczonych na oddziałach geriatrycznych	Liczba pacjentów leczonych na oddziałach geriatrycznych (%)
dolnośląskie	585579	137	0,02
kujawsko-pomorskie	375145	856	0,23
lubelskie	471941	3061	0,65
lubuskie	173654	1093	0,63
łódzkie	633177	138	0,02
małopolskie	632564	1382	0,22
mazowieckie	1184994	0	0,00
opolskie	174930	1359	0,78
podkarpackie	417322	798	0,19
podlaskie	245546	0	0,00
pomorskie	395058	0	0,00
śląskie	927879	4747	0,51
świętokrzyskie	287338	0	0,00
warmińsko-mazurskie	273540	0	0,00
wielkopolskie	787339	487	0,06
zachodniopomorskie	322989	186	0,06

Źródło: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r*. 2012.

Jak wynika z przedstawionych danych, liczba oddziałów geriatrycznych w latach 2007–2011 się zmieniała. W 2007 roku było ich 17, następnie ich liczba wzrosła w 2008 roku do 18, a w 2009 i 2010 do 21. Jednak w 2011 roku zamknięto jeden z oddziałów na Dolnym Śląsku. W poszczególnych województwach liczba oddziałów geriatrycznych jest zróżnicowana i zmieniała się w ciągu tych pięciu lat. Najwięcej oddziałów w latach 2007–2011 znajdowało się w województwie śląskim. Jednak istnieją takie województwa, jak: mazowieckie, podlaskie, pomorskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, w których do 2011 roku nie powstał żaden oddział geriatryczny.

Województwo śląskie przoduje także w liczbie łóżek przeznaczonych dla pacjentów geriatrycznych. Na tamtejszych oddziałach w 2007 roku znajdowało się ich 220, a w 2011 roku –

230. Natomiast w najgorszej sytuacji spośród województw, w których istnieją oddziały geriatryczne, znajdowali się pacjenci z województwa zachodniopomorskiego, gdzie od 2007 roku do ich dyspozycji niezmiennie przeznaczonych było 6 łóżek.

W latach 2007–2011 najwięcej pacjentów było leczonych na oddziałach geriatrycznych w województwie śląskim, a najmniejszą liczbę pacjentów przyjęły oddziały geriatryczne w latach 2007–2009 w województwie zachodniopomorskim, w 2010 roku w łódzkim, w 2011 roku w dolnośląskim (*Zdrowie i ochrona zdrowia 2011* 2012).

Natomiast w wydawanej przez Radę Monitoringu Społecznego *Diagnozie społecznej* przedstawione są dane na temat warunków i jakości życia Polaków. W tabelach 16, 17, 18 i 19 umieszczono informacje o korzystaniu z usług medycznych i ich kosztach ponoszonych przez emerytów. Dane te dotyczą lat 2007–2011.

Tabela 16. Emeryci korzystający z usług różnych placówek ochrony zdrowia w latach 2007–2011

Rok	Opłacane przez NFZ (%)	Opłacane z własnej kieszeni (%)
2007	95,0	32,9
2009	93,7	39,6
2011	93,9	42,1

Źródło: Czapiński, Panek 2009; 2011.

Tabela 17. Emeryci, którzy przebywali w szpitalu w latach 2007–2011

Rok	Liczba emerytów (%)
2007	28,6
2009	28,3
2011	28,0

Źródło: Czapiński, Panek 2009; 2011.

Tabela 18. Emeryci, którzy zrezygnowali z powodów finansowych z korzystania z wybranych świadczeń zdrowotnych, mimo że ich potrzebowali w latach 2009–2011

Rok	Liczba emerytów (%), którzy zrezygnowali z:							
	Zakupu leków	Leczenia zębów	Protez	Usług lekarza	Badań	Rehabilitacji	Sanatorium	Szpitala
2009	26,4	25,9	28,6	18,3	14,0	24,0	35,9	2,1
2011	23,0	22,1	25,6	18,3	12,7	20,9	33,0	2,8

Źródło: Czapiński, Panek 2009; 2011.

Tabela 19. Koszty ponoszone na leczenie i badania oraz na leki i inne artykuły farmaceutyczne przez emerytów w latach 2009–2011 (dane za trzy miesiące w każdym roku)

Rok	Wydatki ponoszone (w zł) na:	
	Leczenie i różne badania	Leki i inne artykuły farmaceutyczne związane z chorobą
2009	473	450
2011	466	436

Źródło: Czapiński, Panek 2009; 2011.

W latach 2007–2011 zwiększyła się liczba emerytów opłacających z własnej kieszeni korzystanie z różnych usług medycznych, co mogło być przyczyną zmniejszenia się liczby osób przebywających na emeryturze korzystających z usług leczenia szpitalnego. Aż 35,9% emerytów w 2009 roku zrezygnowało z powodów finansowych z pobytu w sanatorium. Ta liczba nieznacznie spadła w 2011 roku, choć i tak była największa spośród wszystkich usług medycznych, z których zrezygnowały osoby na emeryturze w tamtym czasie. Emeryci w latach 2009–2011 ponieśli większe koszty na leczenie i różne badania w porównaniu z wydatkami na leki i inne artykuły farmaceutyczne związane z chorobą.

W ocenie stanu zdrowia seniorów za najbardziej subiektywne kryterium przyjęto samookreślenie (samoocenę) stanu zdrowia,

dokonywane przez same osoby starsze w kategoriach: od „bardzo dobra" do „bardzo zła".

Badania stanu zdrowia polskich seniorów z 2009 roku przeprowadzone przez CBOS pokazały, że tylko 5% badanych seniorów jest ze swojego zdrowia bardzo zadowolonych, podczas gdy raczej niezadowolonych jest 29% oraz bardzo niezadowolonych aż 14% (*Aktywność i doświadczenie Polaków*... 2012, s. 14). Analiza wyników badań wykazała także, że polscy seniorzy oceniają swoje zdrowie w większości źle, choć w ostatnich latach te opinie zmieniają się nieco na lepsze. Jedna tendencja została jednak zachowana – w każdych badaniach kobiety określają swoje zdrowie znacznie gorzej niż mężczyźni (Bień 2002, s. 36).

W Poznaniu w 2012 roku został zrealizowany program badawczy PolSenior. Dotyczy on różnych aspektów starzenia się ludzi w Polsce. Miał on na celu dostarczenie informacji na temat stanu zdrowia oraz sytuacji społeczno-ekonomicznej seniorów. W ramach tego programu przebadano 5100 osób powyżej 65. roku życia, a także ludzi u progu starości (55–59 lat), którzy mieli stanowić grupę odniesienia. Wyniki badań wydano w formie książkowej, w większości potwierdzają one wcześniejsze ustalenia (Mossakowska, Więcek, Błędowski 2012).

Powszechnym zjawiskiem u starszych chorych jest „nakładanie się zmian chorobowych na zmiany będące konsekwencją procesu starzenia się" (Wieczorowska-Tobis 2011, s. 19). Ich odróżnienie stanowi wyzwanie dla geriatrii. Najbardziej charakterystyczną cechą pacjentów geriatrycznych jest wielochorobowość (polipatologia),

> [...] czyli współwystępowanie kilku przewlekłych chorób. U pacjentów stwierdza się np. chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę, osteoporozę, chorobę zwyrodnieniową stawów i depresję (Wieczorowska-Tobis 2011, s. 19).

Najczęściej występującym problemem w starości jest choroba zwyrodnieniowa stawów, którą stwierdza się nawet u 80%

pacjentów po 75. roku życia. W dalszej kolejności wymienia się nadciśnienie, objawy choroby niedokrwiennej serca, cukrzycę. Charakterystyczną cechą wielochorobowości jest współistnienie chorób psychicznych i somatycznych. Stanowi to przeszkodę w prowadzeniu skutecznej fizjoterapii, ponieważ w przypadku każdej z występujących chorób należy rozpatrzyć wszystkie wskazania i przeciwwskazania do określonych typów terapii i następnie uwzględnić je w tworzonych schematach postępowania. Obecnie lekarze rodzinni, a także wąskich specjalizacji nie są sobie w stanie poradzić z wielochorobowością pacjentów w podeszłym wieku, gdyż wymaga ona od lekarza prowadzącego dużo doświadczenia i wiedzy, a także całościowej opieki nad osobą starszą, którą mogą zapewnić tak naprawdę tylko lekarze geriatrzy. Specjaliści, którzy są ekspertami wyłącznie w jednej wąskiej dziedzinie medycyny, nie potrafią pomóc choremu, który obarczony jest wieloma problemami zdrowotnymi. Podobne trudności mają także lekarze pierwszego kontaktu, którzy aby pomóc swoim pacjentom w podeszłym wieku, powinni poszerzyć swój zakres kompetencji diagnostycznych i terapeutycznych.

Innym skutkiem procesu starzenia się i braku możliwości przystosowania się do sytuacji stresowych jest tzw. efekt domina.

> Oznacza on, że w przypadku uszkodzenia jednego narządu ryzyko zmian wielonarządowych jest znaczne. Podobnie jak w przypadku kostek domina załamanie homeostazy w obrębie pierwszego narządu powoduje reakcję lawinową, która może kończyć się niewydolnością wielonarządową (Wieczorowska-Tobis 2011, s. 20).

Następstwem wielochorobowości jest wielolekowość, „czyli jednoczesne stosowanie przez chorego codziennie znacznej liczby leków" (Wieczorowska-Tobis 2011, s. 20). Terminu tego używa się zamiennie z pojęciem polipragmazji, jednak nie do końca jest to właściwe, gdyż mają one różne znaczenia. Polipragmazja definiowana jest jako „pobieranie przez chorego co najmniej jednego leku, dla którego nie ma wskazań" (Wieczorowska-Tobis 2011, s. 20). Zamienne stosowanie tych dwóch terminów jest rezultatem tego, że ryzyko polipragmazji narasta wraz ze

wzrostem liczby przyjmowanych przez osobę starszą leków. Wielolekowość przeważnie jest określana jako przyjmowanie co najmniej pięciu leków, dotyka to mniej więcej co drugą osobę starszą, natomiast ostra wielolekowość – co najmniej dziesięciu leków, ta pojawia się częściej niż u co dziesiątego człowieka w podeszłym wieku.

Wielochorobowość i wielolekowość powodują tzw. spiralę chorób i terapii,

> [...] czyli błędne koło, w którym zwiększająca się liczba schorzeń wymusza leczenie u coraz większej liczby specjalistów, a więc stosowanie coraz większej liczby leków, a to z kolei prowadzi do uszkodzenia kolejnych narządów (Wieczorowska-Tobis 2011, s. 20).

Inną przyczyną wielolekowości jest samoleczenie, czyli przyjmowanie przez pacjentów leków, które są wydawane bez recepty i mogą być stosowane bez konsultacji z lekarzem lub farmaceutą. W myśleniu pacjentów w podeszłym wieku nie wywołują one działań niepożądanych. A jest wręcz przeciwnie – wraz z wielolekowością zwiększa się ryzyko pojawienia się skutków niepożądanych i nie ma tu znaczenia rodzaj stosowanych leków. Ich wystąpienie u ludzi w starszym wieku może być nietypowe i znacznie odbiegać od tych dostrzeganych u pacjentów młodszych. Wówczas lekarze rodzinni (pierwszego kontaktu) zamiast odstawić dany lek wywołujący działania niepożądane, często włączają go do leczenia. W Polsce zjawisko to wzrasta również z powodu braku lub małej komunikacji między lekarzami zajmującymi się danym pacjentem, szczególnie gdy leczenie prowadzi kilku specjalistów, a także między lekarzem a pacjentem.

Demograficzne starzenie się społeczeństwa prowadzi do zwiększenia się liczby osób z chorobami przewlekłymi, co najczęściej wiedzie do niepełnosprawności lub pogorszenia się sprawności funkcjonalnej. Największym wyzwaniem jest właśnie opieka nad niepełnosprawnymi osobami starszymi, których ciągle przybywa.

> Niepełnosprawność według Światowej Organizacji Zdrowia to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka (Wilmowska-Pietruszyńska 2012, s. 139).
>
> Za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych lub psychicznych (Wilmowska-Pietruszyńska 2009, s. 84).

Niepełnosprawność dzieli się na kategorie, w zależności od tego, czy wynika ona z subiektywnych odczuć, czy obiektywnych faktów. Dzieli się ją na:

- **niepełnosprawność prawną**, do której kwalifikują się ludzie z orzeczeniem o inwalidztwie (obiektywny fakt),
- **niepełnosprawność biologiczną**, do której zaliczają się ludzie deklarujący ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności (odczucie subiektywne),
- **niepełnosprawność prawną i biologiczną**, do której kwalifikują się ludzie zarówno z orzeczeniem o inwalidztwie, jak i występowaniem ograniczeń (obiektywny fakt).

> Głównymi przyczynami niepełnosprawności oraz ograniczeń mobilności, czyli możliwości poruszania się, są choroby układu krążenia oraz choroby układu ruchu, następnie schorzenia neurologiczne, choroby narządu wzroku, choroby narządu słuchu i inne schorzenia. Są to najczęściej choroby nie związane z pracą zawodową (Car 2004, s. 49).

Natomiast do drugiej grupy przyczyn niepełnosprawności w Polsce wśród osób starszych zalicza się te związane z pracą zawodową. Najczęstszą formą usprawniania niepełnosprawnych osób starszych jest leczenie, na drugim miejscu znajduje się rehabilitacja. Jednak wraz w wiekiem seniorzy poddają się jej coraz rzadziej, a to powoduje wzrost zapotrzebowania na stałą pomoc i opiekę.

U osób w podeszłym wieku najczęściej występuje niepełnosprawność biologiczna. Wraz z wiekiem zwiększa się

liczba ludzi starszych z niepełnosprawnością, której znacznie częściej towarzyszą choroby przewlekłe. Wszystko to prowadzi do ograniczenia możliwości samodzielnego poruszania się oraz zmniejszenia sprawności fizycznej, co powoduje dodatkowo pogorszenie się kondycji psychicznej, a także spadek wiary w prawdopodobieństwo poprawy stanu zdrowia. Wpływa to na jakość życia osób niepełnosprawnych. Wraz ze stwierdzeniem przez lekarza złego stanu zdrowia pacjenta jego samoocena obniża się, co wpływa na i tak już zły jego stan emocjonalny. Możliwe, że sytuacja ta oddziaływać będzie na jego rehabilitację, która stanie się mniej efektywna.

Starzenie się oraz choroby wpływają na obniżenie sprawności życiowej człowieka, którą definiuje się jako „zdolność do wykonywania określonych czynności, ról społecznych w granicach przyjętych za prawidłowe dla danego wieku" (Halicka 2006, s. 243). Odnosi się to zarówno do sprawności fizycznej, jak i psychicznej. Sprawność życiowa określana jest

> [...] na podstawie trzech kategorii:
>
> 1. Sprawność lokomocyjna – czyli zdolność do przemieszczania się.
> 2. Zdolność do samoobsługi – sprawność w samodzielnym wykonywaniu czynności higienicznych, takich jak: mycie się, korzystanie z łazienki i toalety, samodzielne ubieranie się i rozbieranie, czyli podstawowe codzienne czynności.
> 3. Instrumentalne codzienne czynności – zdolności do wykonywania codziennych czynności, takich jak: przygotowanie posiłku, sprzątanie mieszkania, korzystanie z telefonu, robienie zakupów, korzystanie z publicznych środków lokomocji (Halicka 2006, s. 243).

W przypadku osób starszych pojęcie niesprawności odnosi się przeważnie do niesprawności fizycznej, która rozumiana jest jako „upośledzenie w zakresie narządu ruchu oraz narządów zmysłów – wzroku i słuchu" (Car 2004, s. 49), a jej najczęściej występującym rodzajem u seniorów jest niesprawność ruchowa, w dalszej kolejności zaś – wzrokowa i słuchowa. (Czasami ocenia się u osób starszych również sprawność poznawczą i emocjonalną, ale

zazwyczaj dysfunkcje w tym zakresie występują rzadziej niż różnego rodzaju niesprawności fizyczne). Natomiast niesprawność z punktu widzenia procesu rehabilitacyjnego oznacza „jakiekolwiek uszkodzenie fizyczne lub psychiczne, mające obiektywny aspekt, który może być zidentyfikowany przez lekarza" (Halicka 2006, s. 243). Konsekwencją niesprawności są ograniczenia, które stanowią rezultat utrudnień psychospołecznych i środowiskowych napotykanych przez jednostkę. Powodują one potrzebę korzystania z pomocy innych, co jest wynikiem utraty możliwości samodzielnego funkcjonowania. Wywołuje to powstanie zależności (fizycznej, psychicznej, ekonomicznej, społecznej) człowieka starszego od innych ludzi. Niesprawna osoba starsza potrzebuje wparcia informacyjnego, rzeczowego, emocjonalnego i duchowego najczęściej i w pierwszej kolejności od rodziny.

Niesprawność seniorów ma wiele przyczyn, które mogą prowadzić do uzależnienia. W gerontologii kładzie się nacisk zwłaszcza na

> [...] czynniki zdrowotne takie, jak: przewlekła choroba somatyczna lub psychiczna, zespoły geriatryczne (np. nietrzymanie moczu/stolca, upadki, upośledzenie lokomocji), upośledzenie zmysłów (wzroku, słuchu), kalectwo (nabyte we wcześniejszym okresie życia lub w starości), niedożywienie, zaawansowana starość, oraz społeczne: samotne zamieszkiwanie, złe warunki bytowe, bezdzietność, sytuacja socjalna (ubóstwo), zespoły utraty (wdowieństwo, rozwód, odejście dzieci i syndrom „pustego gniazda"), pełnienie roli głównego opiekuna osoby niesprawnej, nadużycia, zaniedbania i przemoc w rodzinie, zamieszkanie w instytucji opiekuńczej, wydarzenia losowe (wypadek, pożar, kradzież) (Halicka 2006, s. 244).

W Polsce najczęstszą przyczyną niesprawności seniorów są choroby związane z wykonywanym w przeszłości zawodem, na drugim miejscu znajdują się choroby zawodowe, a w dalszej kolejności wypadek i choroby wrodzone.

Powyższy stan rzeczy powoduje pogarszanie się stanu zdrowia i sprawności osób starszych, co prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze. Według Albina Kelma

> [...] opieka to działania podejmowane wobec osób ze względu na faktyczne lub potencjalne zagrożenie ich istnienia, przy braku lub ograniczonych możliwościach przezwyciężania własnymi siłami tych osób (za: Kachaniuk *et al.* 2008, s. 256).

Jedna z klasyfikacji dzieli opiekę na formalną i nieformalną. Tę pierwszą świadczą podmioty publiczne i prywatne (pozarządowe i komercyjne). Odbywa się ona w miejscu zamieszkania osoby, wobec której są sprawowane działania opiekuńcze, lub w wyspecjalizowanej placówce. Jest to opieka zarejestrowana i zarobkowa podejmowana ze względu na korzyści finansowe. Opieka formalna „jest profesją, a podmioty w stosunku opiekuńczym łączy zobowiązanie kontraktowe" (Jurek 2009, s. 71). Opiekunowie formalni posiadają wymagane kwalifikacje zawodowe i najczęściej są dobrze przygotowani do sprawowania przez dłuższy czas opieki. Natomiast opieka nieformalna jest świadczona przez rodzinę i grupy samopomocowe w miejscu zamieszkania osoby starszej. Jest to typ działalności opiekuńczej nierejestrowanej i niezarobkowej. Motywacją do podejmowania opieki nieformalnej są altruizm, więzy uczuciowe, poczucie obowiązku. Jest to świadczenie dobrowolne zarówno ze strony jego „nadawcy", jak i „adresata". Dominuje ona wśród osób mających rozbudowane i trwałe więzi rodzinne.

Opiekun to osoba

> [...] realizująca czynności doraźne i długoterminowe, które są różnorodne i obejmują głównie troskę o zdrowie podopiecznego, bezpieczeństwo, odpowiednie warunki życiowe, pomoc (Kachaniuk *et al.* 2008, s. 256).

W naszym kraju rodzina jest nadal, bez względu na środowisko zamieszkania, najważniejszą grupą świadczącą pomoc i opiekę osobom starszym oraz najistotniejszym miejscem, w którym zaspokajane są ich potrzeby emocjonalne, opiekuńcze i społeczne. Głównym nieformalnym filarem systemu opiekuńczego Polski są opiekunowie rodzinni, którzy realizują tego typu działania w stosunku do swoich niesamodzielnych krewnych. Sprawują oni

opiekę nie tylko nad seniorami ze swoich rodzin, lecz także nad osobami młodszymi, którymi są przeważnie ich własne dzieci. Należy podkreślić to, że osoby w podeszłym wieku preferują opiekę świadczoną im przez ludzi, których bardzo dobrze znają i którym ufają. Jak wynika z badań w ramach projektu EUROFAMCARE z lat 2003–2005 (Bień 2004), najliczniejszą grupę opiekunów rodzinnych osób starszych stanowiły ich dzieci (51,1%). Na drugim miejscu znajdowali się małżonkowie seniorów (18,2%), w następnej kolejności ich synowe i zięciowie (13,4%) oraz wnuki (6,6%). Pozostali członkowie rodziny sporadycznie sprawowali opiekę nad osobami starszymi. Taka sytuacja wynika ze struktury demograficznej rodzin w Polsce (dość duża liczba dzieci) oraz modelu opieki nad seniorami (opieka podejmowana przez najbliższych krewnych, przede wszystkim w domu). Potencjalni opiekunowie rodzinni powinni charakteryzować się określonymi cechami, takimi jak: tolerancyjność, życzliwość, wyrozumiałość. Zazwyczaj posiadają oni tylko podstawową wiedzę w zakresie świadczenia opieki długoterminowej.

Członkowie rodziny, którzy pełnią funkcje opiekunów rodzinnych, akceptują swoje powinności wobec niesamodzielnych seniorów, a niekiedy wykonują je z satysfakcją. Motywacja jest jednym z najistotniejszych czynników warunkujących sposób sprawowania opieki. Więzy uczuciowe to zasadniczy powód jej podejmowania. Główną rolę pełnią pod tym względem miłość i przywiązanie do seniorów w rodzinie. W przypadku podejmowania działań opiekuńczych wobec starszych krewnych ważne jest także osobiste poczucie zobowiązania w stosunku do nich jako członków rodziny, a także odczuwanie obowiązku w odniesieniu do samej rodziny. Motywy te są oczywiste, gdyż wynikają bezpośrednio z więzów i relacji rodzinnych. Niekiedy powodami podejmowania się takich działań przez opiekunów rodzinnych są zbyt wysokie koszty opieki profesjonalnej lub brak alternatyw.

W działaniach na rzecz zachowania przez seniorów jak najdłużej zdrowia i dobrej kondycji psychofizycznej właściwe jest promowanie szeroko rozumianej aktywności. To właśnie w aktywności, aktywizacji i reaktywacji upatruje się czynników

mających służyć poprawie i utrzymaniu jakości życia w starości oraz zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa socjalno-zdrowotnego osobom najstarszej generacji.

> W poprawianiu kondycji zdrowotnej i sprawności najstarszego pokolenia znaczenia nabiera pierwotna profilaktyka starzenia się (geriatryczna), obejmująca działania służące zapobieganiu przedwczesnej i patologicznej starości, a jej adresatem są ludzie młodzi oraz w średnim wieku, zagrożeni przedwczesnym starzeniem się. Profilaktyka wtórna natomiast służy zapobieganiu niedołęstwu starczemu i adresowana jest do osób starszych z chorobami przyspieszającymi proces starzenia się i/lub prowadzącymi do utraty samodzielności życiowej (Woźniak 2006, s. 154).

Aktywnemu starzeniu się sprzyjać będą promocja zdrowego stylu życia, tworzenie warunków służących utrzymaniu zdrowia i rewitalizacji, wykorzystywanie zasobów jednostki i jej otoczenia, minimalizowanie zależności ludzi starych oraz kształtowanie pozytywnego obrazu starości. Wszystko to służyć ma tworzeniu okoliczności sprzyjających aktywności i elastyczności w konfrontacji ze zmianami w otoczeniu, budowaniu poczucia godności i zaufania do własnego potencjału oraz możliwości dokonywania osobistych wyborów w różnych fazach cyklu życiowego.

2.2. Choroba

Starość traktuje się jako zjawisko biologiczne, jednostkowe i społeczne, które ma swój głęboki obiektywny i subiektywny wymiar i rozpatrywane może być w relacji do czasu życia, działania i doświadczania. Tym bardziej że postęp dokonujący się w dziedzinie medycyny i opieki geriatrycznej nie tylko wydłuża życie, lecz także pomaga starszym pacjentom zachować funkcjonalność, również w przewlekłej chorobie. Co więcej, w dążeniu do opisywania ludzkiego starzenia się powinniśmy się koncentrować na zdolności człowieka do działania, przezwyciężania i osiągania, a nie na pasywnym unikaniu życiowych problemów i na strachu przed bólem, niepełnosprawnością, chorobą, śmiercią.

Choroba to najbardziej jednostkowe, indywidualne i intymne przeżycie człowieka. W relacji do czasu można mówić o etapach jej przeżywania. Choroba w odniesieniu do funkcjonowania rodziny to wydarzenie rodzinne, które zmienia życie zarówno człowieka chorego na wielu płaszczyznach, wyłączając z jednych, mocno ograniczając w innych, jak i wszystkich członków jego rodziny – reorganizuje je, burzy postawione cele, przeszeregowuje priorytety. Kiedy w rodzinie choruje jedna osoba, to tak naprawdę choruje cała rodzina.

Starość to ostatni etap w życiu człowieka, może dlatego napawa smutkiem, budzi tyle – często nieprawdziwych i nieuzasadnionych – lęków, że nieuchronnie prowadzi do śmierci. Częściej ten lęk towarzyszy ludziom jeszcze młodym, osoby starsze chyba coraz częściej godzą się z nieuchronnością własnej śmierci. Wydaje się, że to nie śmierci się boją, lecz umierania, cierpienia, utraty samodzielności, niezależności, mocy sprawczej we własnym życiu. A przecież i jedno, i drugie (starość i śmierć) są wpisane w każde ludzkie życie. Śmierć zawsze wywołuje bardzo mocne emocjonalne reakcje, jedną z nich jest dotkliwy żal,

któremu towarzyszą poważne zaburzenia psychiczne, takie jak depresja i lęk. Śmierć – strata należy do najtrudniejszych wyzwań emocjonalnych, w których obliczu staje człowiek starszy. Problem utraty członka rodziny opisywany był na wiele sposobów. Funkcjonują głównie dwa terminy uwzględniające jego konsekwencje emocjonalne i fenomenologię społeczną, a mianowicie żal i żałoba. Żal jest psychologicznym lub wewnętrznym doświadczaniem straty, podczas gdy żałoba odnosi się raczej do procesu zmagania się z nią, poszukiwania społecznego i rodzinnego wsparcia (Hill 2005, s. 275).

W sytuacji choroby i związanego z nią lęku przed śmiercią to właśnie rodzina jawi się jako podstawowa i najważniejsza płaszczyzna społecznego i emocjonalnego funkcjonowania człowieka starszego. Jest środowiskiem aktywnym, tzn. takim, które zmienia się zarówno pod wpływem upływającego czasu, jak i różnorakich zdarzeń rodzinnych warunkowanych kulturowo i obyczajowo. Życie rodzinne seniorów jest procesem dynamicznym, który przechodzi różne fazy rozwoju, w tym choroby, umierania i śmierci, a także żałoby. Zgodnie z modelem pozytywnego starzenia się to rodzina uznana została za jeden z czynników ochronnych w żalu i żałobie.

Choroba to stan, który pojawić się może w każdej fazie życia, ale są dwie szczególnie predysponowane do jej występowania – dzieciństwo i starość.

Choroba to odchylenie od prawidłowego stanu, jest ona odpowiedzią organizmu na działanie szkodliwego bodźca, czynnika chorobotwórczego. Czynniki te mogą być bardzo różne i odpowiednio zróżnicowane są zaburzenia i reakcje obronne wywołane nimi w ustroju. Choroby dzieli się z uwagi na różne kryteria, np. ze względu na czas trwania: ostre – kilkudniowe, podostre – kilkumiesięczne i przewlekłe – trwające latami. Według innego podziału występują choroby psychiczne i somatyczne. Pomijamy omówienie rodzajów czynników chorobotwórczych, ponieważ są one znane w potocznym rozumieniu. Chorobę traktuje się jako element cielesnej, a przede wszystkim psychicznej kondycji człowieka, który wpływa na jej stan w każdej

płaszczyźnie jednostkowego, rodzinnego i społecznego funkcjonowania.

Choroba jest wpisana w życie każdego człowieka. Zaburza w nim porządek duchowy i psychiczny. Stanowi swoisty element cielesnej kondycji człowieka, tak jak starzenie się i śmierć. Choroba wyzwala różne postawy wobec niej. Władysław Szewczyk (1994) wymienia pięć sposobów patrzenia na chorobę: jak na wyzwanie, czyli trudność, którą trzeba rozwiązać; jak na wroga, którego trzeba pokonać; jak na karę, którą trzeba ponieść; jak na ucieczkę od problemów życiowych i odpowiedzialności; wreszcie jak na wartość, która rozwija i pogłębia wewnętrznie.

Choroba jako integralna część ludzkiego życia rozciąga się na jego płaszczyzny: cielesną, psychiczną i duchową. Według Krystyny Osińskiej (1980) przeżywanie jej świadomie nadaje wartość o wiele większą od tej, jaką może dać samo zdrowie. Według autorki choroba może być przyjmowana jako dar, zjawisko, sytuacja, cierpienie, fakt, szansa i znak łaski.

W odniesieniu do procesu adaptacji do choroby, włączając w to etap diagnozowania, K. Osińska proponuje wprowadzić rozróżnienie na dwa zasadnicze rodzaje postaw wobec niej: na postawy altruistyczne (twórcze) oraz egoistyczne (pasożytnicze). Klasyfikacja ta pozwala choć w pewnym stopniu opisać trudny przebieg wszechstronnego przystosowywania się do ograniczeń i wymagań wynikających z faktu zachorowania. W zaproponowanym przez K. Osińską rozróżnieniu zwraca uwagę na wiele aspektów ludzkiego funkcjonowania. Klasyfikacja ta uwzględnia zarówno stan emocjonalny chorego, jego gotowość do współpracy z personelem medycznym, stosunek do innych cierpiących, jak i możliwości własnego osobowego rozwoju w chorobie (Osińska 1980, za: Popielski 2005). Charakterystykę postaw altruistycznych i egoistycznych zaprezentowano w tabeli 20 na zasadzie zestawienia biegunowo różnych podejść do choroby.

Tabela 20. Postawy wobec choroby: altruistyczne i egoistyczne

Postawy altruistyczne (twórcze)	Postawy egoistyczne (pasożytnicze)
1	2
Dawca Człowiek, który we własnym cierpieniu dzieli się dobrocią, życzliwością i doświadczeniem, dostrzega cierpienie i przeżycia innych	Biorca Zapatrzony w możliwości różnych korzyści wynikających z choroby, jest pasożytem cudzej dobroci i serdeczności
Samarytanin Potrafi cierpliwie słuchać innych, rozważnie ocenia własną chorobę, rzeczowo zatroskany o siebie i otocznie	Hipochondryk Pełen niepokoju i troski o siebie, chce być traktowany stale jako chory, wyolbrzymia swoje obawy, domaga się nieustannej opieki i uwagi
Pomocnik Akceptuje własną chorobę, współdziała w procesie leczenia, pomaga znaleźć sens cierpienia dla siebie i innych	Malkontent Nie akceptuje własnej choroby, narzuca swoją wizję leczenia, stale jest niezadowolony, nie stara się zauważyć możliwego sensu w doświadczanym cierpieniu
Konspirator Cierpi z pełną świadomością, ukrywa swój stan przed innymi, zaangażowany w powrót do zdrowia	Zasłużony Lubiący być widoczny na tle innych chorych, chwali się swoimi doświadczeniami w chorobie, chętnie straszy innych zabiegami i przewidywanym bólem
Poszukiwacz Obserwuje chorobę swoją i innych, poszukując w niej twórczych akcentów do realizacji siebie	Statysta Bierny w cierpieniu, leniwy i niedbały w leczeniu
Żołnierz Mężnie znosi wszelkie cierpienie, budzi otuchę i nadzieję otoczenia, podający dłoń współchorującemu	Żebrak Nie umie i nie chce walczyć o zdrowie, tchórz wobec bólu, budzi litość, unika trudów życia, nie pomaga innym
Artysta Wykorzystuje swój ból do pogłębienia refleksji filozoficzno-artystycznej, poszukując nowej treści w swojej chorobie	Zawodowiec Chorujący długo i często, pesymista i smutny z powodu cierpienia, sztucznie tworzy w sobie stan choroby, widząc w nim swoją przyszłość
Bohater Ideowiec pochłonięty służbą dla innych, charakteryzuje się wielkodusznością i bezinteresownością	Świętoszek Fałszywy bohater w chorobie, udaje, że swoim cierpieniem nawraca innych, dla innych bywa źródłem zgorszenia i udręki

Źródło: Osińska 1980, s. 43–56, za: Popielski 2005.

Znaczenie postaw wobec choroby ujawnia się szczególnie wtedy, kiedy są one negatywne, gdy przez to, że utrudniają przystosowanie się do choroby, wpływają także negatywnie na ewaluację jakości własnego życia. Przyjęcie odpowiedniej postawy nie tylko ułatwia przezwyciężanie fizycznych ograniczeń czy współpracę z personelem medycznym, lecz także dzięki aktywności i stawianiu czoła doświadczanemu cierpieniu wpływa na możliwość wewnętrznego rozwoju. Jak podkreśla Sidney Jourard (1968, za: Pilecka 1986), przyjęcie akceptującej i aktywnej postawy wobec własnego cierpienia w sytuacji ciężkiej, a nawet beznadziejnej choroby somatycznej, może doprowadzić do przetrwania i uniknięcia śmierci. Poglądy te niejako podnoszą znaczenie podejścia do własnej choroby, wskazując, że ma ono wpływ nie tylko na jakość życia człowieka cierpiącego, lecz także na czas jego trwania. Na pytanie o to, jak to możliwe, S. Jourard odpowiada, że „[...] silna wola życia i postawiony cel, zwłaszcza związany z miłością do drugich, wyzwala zdolności samolecznicze" (za: Płuciennik 2012).

Zaprezentowane podziały postaw wobec własnej choroby wydają się użyteczne z dwóch powodów. Z jednej strony mogą stanowić pomoc dla personelu medycznego w zrozumieniu różnorodności zachowań pacjentów w trakcie choroby i w ten sposób spełniać praktyczną funkcję, z drugiej natomiast mogą poszerzać zakres wiedzy na temat psychologicznych mechanizmów zachowania w procesie chorobowym.

M. Jarosz wskazuje, że choroba może być dla człowieka przeszkodą, stratą, ulgą, korzyścią lub wartością. Traktowana jako przeszkoda łączy dwa określenia: wróg i wyzwanie. Przyjmując chorobę jako wyzwanie, człowiek podejmuje walkę, przeciwstawia się schorzeniu oraz odznacza się silną motywacją do pokonania słabości. Uznanie choroby za wroga kształtuje u chorego gotowość do poddania się. Postrzeganie jej jako straty prowadzi do reakcji, którą cechuje stopniowe wycofywanie się i bierne poddawanie biegowi wydarzeń (Pilecka 1986, s. 5).

Człowiek chory przechodzi trzy etapy związane z zaistnieniem choroby: zaskoczenia, poszukiwania równowagi i uwalniania się od

uzależnień chorobowych. Etap zaskoczenia charakteryzuje się między innymi rozczarowaniem, niepokojem i zawstydzeniem. Łączy się z oczekiwaniem na diagnozę, leczenie i rokowania. Warunkiem wkroczenia w drugi etap jest zmiana elementów zaskoczenia w elementy rozwijające i scalające chorego wewnętrznie.

Etap poszukiwania równowagi może mieć cechy pozytywne, negatywne oraz nijakie. Nastawienie pozytywne cechuje się refleksją nad sensem i celem życia, systemem wartości i realizacją ról społecznych. Prowadzi do wewnętrznego zharmonizowania człowieka chorego. Zdobywa on umiejętność chorowania, przejawiającą się w rozumnym jej wykorzystaniu do troski o innych i udzielania im pomocy w rozwoju, dorastaniu i dojrzewaniu osobowości. Nastawienie negatywne polega na biernym przyjęciu choroby, izolowaniu się od innych ludzi i ich problemów oraz realizacji własnych egoistycznych celów. Nastawienie nijakie przejawia się poszukiwaniem nieokreślonych celów i wartości. Osoby dążące do osiągnięcia równowagi w sposób negatywny lub nijaki nie widzą możliwości rozwoju osobowości i traktują chorobę jako porażkę życiową.

Etap uwalniania się od uzależnień chorobowych realizują osoby, które przeszły etap pozytywnego poszukiwania równowagi. Uwalniają się one od wpływu choroby na sposób myślenia, działania i odczuwania. Świadomie dążą do rozwoju własnej osobowości. Prowadzą aktywne i twórcze życie oraz konsekwentnie zmierzają do osiągania życiowych celów. Osoby chore, które zdobyły umiejętność chorowania, odznaczają się bezinteresownością, mądrością i coraz większą dojrzałością (Pilecka 1986).

Najważniejsza jest nadzieja, czyli przekonanie, że pożądane cele są możliwe do realizacji, niezależnie od prawdopodobieństwa ich osiągnięcia. Chodzi o myślenie, że można wyzdrowieć, niezależnie od tego, jak ciężko jest się chorym. Ważne jest, by wierzyć, że ma się wokół siebie to, co jest potrzebne, choć nie zawsze jest to to, czego by się oczekiwało. Trzeba odnaleźć przekonanie, dzięki któremu możliwe jest współdziałanie z

lekarzem i wspólne dokonanie zmiany jakości życia, a przy okazji – wyjście z choroby (Krzemionka-Brózda, Mariańczyk, Świeboda-Toborek 2005).

Choroba łączy się z przeżywaniem kolejnych etapów prowadzących do jej oswojenia. Przy tym to swoiste przyzwyczajanie się do choroby przybierać może różne kierunki – od pozytywnych do negatywnych. Może wpłynąć na twórczy rozwój i w rezultacie – na zbudowanie wewnętrznie silnie zintegrowanej osobowości, gotowej do walki z chorobą lub jej godnego przyjęcia. Ale może też zmierzać w kierunku apatii, izolacji, odrzucenia.

Przeżywanie choroby i postawy wobec niej zależą w bardzo dużym stopniu od stanu emocjonalnego chorego (często dokonuje on tzw. poznawczego przepracowania choroby, które jest podstawą przystosowania się do niej), od cech jego osobowości, przeżywanych we wcześniejszych fazach życia zaburzeń nerwicowych lub psychicznych, jego wieku i sytuacji rodzinnej, obrazu własnej choroby i możliwości jej leczenia.

Choroba to sytuacja, w którą zaangażowane są mniej lub bardziej świadomie trzy strony: lekarz, chory i jego rodzina. Każda z nich ma inny obraz choroby budowany na podstawie bardzo różnych źródeł, a także odmienny sposób reagowania na zdarzenia z nią związane. Wspólną płaszczyzną ich działania jest pomoc w zrozumieniu choroby, jej przyjęciu i uczynieniu z niej wartości.

Wśród najczęściej występujących przykrych uczuć, które obserwuje się u śmiertelnie chorych, są przygnębienie, gniew i lęk. Najmocniejszy z nich jest lęk, który może mieć różne przyczyny. Najczęściej jest to obawa przed pogorszeniem się stanu zdrowia, ale przede wszystkim – przed umieraniem, śmiercią. W ostatniej natomiast fazie choroby, która nieuchronnie zmierza ku końcowi, jest to lęk przed umieraniem w cierpieniu i samotności. To nie śmierci się boimy, lecz cierpienia i umierania. To pierwsze, nierozdzielnie związane z życiem, jest jednym z bardziej dokuczliwych doświadczeń życiowych. O ile bólowi można próbować zaradzić, o tyle w cierpieniu ujawnia się bezradność

człowieka. Jest ono sytuacją graniczną nie tylko dla samego cierpiącego, ale i dla otoczenia. Najbardziej widoczne jest cierpienie fizyczne, obok niego istnieje jeszcze cierpienie moralno-duchowe. Najczęściej powoduje je śmierć bliskich osób.

Człowiek doświadcza cierpienia, jest ono nieodłącznym elementem ludzkiego życia. Jest to zjawisko powszechne, towarzyszy człowiekowi na każdym etapie rozwoju. Źródeł i przyczyn cierpienia może być wiele, składają się na nie częściowo czynniki zewnętrzne i częściowo wewnętrzne. Czynniki zewnętrzne stanowią nieodłączny element ludzkiego losu – już narodzenie człowieka naznaczone jest stanem cierpienia. Przyczyną cierpienia bywa powszechne zjawisko choroby. Czynnikiem nierozerwalnie związanym z ludzkim cierpieniem są starość i wszystkie towarzyszące jej symptomy. Cierpienie jest rzeczywistością przeżywaną indywidualnie przez każdego człowieka. Tylko on, gdziekolwiek żyje i cierpi, stawia pytanie o sens i przyczynę tego faktu.

Szczególnym stanem, który wywołuje cierpienie, jest lęk o los, jaki czeka człowieka po śmierci. Wyrasta on z biologicznego popędu do zachowania gatunku i ludzkiego życia, nastawionego na rozwój i obronę własnego istnienia. A perspektywa przemijania i śmierci rodzi w człowieku lęk i cierpienie.

3. Troski i niepokoje egzystencjalne ludzi dojrzałych

Na podstawie koncepcji I.D. Yaloma (2008b), a także innych badań i teorii (Zych 2009; Fabiś 2013a) można wyróżnić kilka trosk egzystencjalnych, których występowanie w późnej dorosłości wydaje się szczególnie ważne. Pierwszą z nich jest śmierć i związane z nią lęki. Obawy wzbudza zarówno etap bezpośrednio poprzedzający zgon, jak i sam proces umierania. Specyficzną formę lęku wywołuje sama śmierć jako stan niebytu, jest to lęk przed nieistnieniem. Każdy lęk jest naturalnym uczuciem, stanem pobudzenia emocjonalnego wywołanym jakimś zagrożeniem. W przypadku lęku tanatycznego podłożem jest poczucie zagrożenia podstawowej wartości – własnego życia. Kolejną troską jest poszukiwanie sensu życia. Jego brak rodzi frustrację, ale i mobilizuje do poszukiwania życiowego celu. Zakorzenianie sensu życia w światopoglądach czy samodzielne jego określanie są kluczowe w tworzeniu bilansu życia, który jest zjawiskiem występującym głównie w starości, troską wynikającą z poszukiwań celu egzystencji człowieka i odniesienia swoich doświadczeń do reprezentowanego światopoglądu. Szczególnie jest to istotne w krótkiej perspektywie czasowej, gdy znaczna część życia zapisana została w historii istnienia jednostki. Same refleksje związane z bilansowaniem własnego życia pojawiać się mogą we wcześniejszych fazach rozwojowych człowieka, ale to w starości dochodzi do pogłębionej analizy bogatej w doświadczenia biografii. Jeszcze jedną troską pojawiającą się w starości jest izolacja – to szczególny rodzaj samotności, a raczej forma wyjątkowego osamotnienia. Zresztą szeroko rozumiane i opisane w literaturze pedagogicznej i psychologicznej samotność oraz osamotnienie również uznać można za niezwykle istotne troski w wieku starczym. Obawy budzi myśl o samotnym umieraniu czy o

pozostaniu samym na ostatnim etapie życia. Osamotnienie jest odczuwane przez osoby starsze jako stan niekorzystny, choć samotność nadaje starości wymiar transcendentalny, gdyż jest warunkiem głębszego przeżywania. Rozpatruje się ją z kilku perspektyw – jako fizyczne wyizolowanie od innych ludzi, jako uczucie negatywne, wynikające z niezaspokojenia potrzeby kontaktów interpersonalnych, ale także jako uczucie pozwalające dokonywać głębokich refleksji, jako wybór i konieczność w starości. Specyficzną formą samotności jest izolacja egzystencjalna – wyłączenie z życia, poczucie pustki istnienia. Z innych badań wynika (Zych 2009; Fabiś 2013a), że wśród trosk znaczące miejsce zajmuje także cierpienie, które ma charakter nie tylko fizyczny i psychiczny, lecz także duchowy, a także przeżywanie strat.

O śmierci jako naocznym świadku

„Kiedy czule rozmawiasz z kobietą albo układasz się z możnowładcami, albo polemizujesz z paplającym głupstwa, wiedz, że za tobą stoi śmierć i przez ramię przysłuchuje się twojej rozmowie. Jej koścista twarz uważna, śmieje się, szczerząc zęby. Bo jakimikolwiek słowami szermowałaby twoja prawda, śmierć wie, że ostatnie słowo należy do niej. Pomyśl o tym, kiedy obiecujesz, targujesz się albo argumentujesz".

(Márai 2006, s. 132)

Wszystkie z wyżej wymienionych problemów egzystencjalnych wydają się mieć uzasadnione miejsce wśród najważniejszych trosk wywołanych ludzką skończonością, a to ze względu na rolę, jaką pełnią w życiu człowieka. Mianowicie, pobudzane świadomością śmierci, przeobrażają się w oręż w konfrontacji z nią. Stać się mogą bowiem mechanizmami nie tyle obronnymi przed wizją własnej przemijalności, ile pomocnymi w jej zaakceptowaniu. Zgodnie z teorią opanowania trwogi (por. Rusaczyk 2008; Fabiś 2011b) lęk przed śmiercią, a w zasadzie mechanizmy przez niego

uruchamiane, stanowią bufory łagodzące konfrontację z własną śmiertelnością.

3.1. Lęk tanatyczny

Lęk jest uczuciem dyskomfortu, który towarzyszy człowiekowi przez całe życie. Lęk tanatyczny wywołany jest uczuciem zagrożenia własnego istnienia. Już kilkuletnie dziecko uświadamia sobie prawdziwie niszczycielską moc śmierci. Pierwotny instynkt ochrony własnego życia zostaje podbudowany coraz głębszą refleksją nad ludzką skończonością, aż do pełnej konfrontacji z własnym umieraniem (por. Fabiś 2013c). Lęk przed umieraniem i przed śmiercią wzbudzony jest konfliktem egzystencjalnym – dążeniem do zachowania życia i świadomością jego skończoności. Lęk przed śmiercią to przede wszystkim lęk przed nieznanym, a jednocześnie najpewniejszym zdarzeniem w życiu każdego człowieka. Choć każdy lęk, jak twierdzi A. Kępiński (2002), jest w gruncie rzeczy lękiem przed śmiercią, to lęk tanatyczny występuje jako obawa przed realną śmiercią, jako stanem, oraz przed samym aktem umierania. Można spojrzeć na niego zatem z dwóch perspektyw. Pierwsza dotyczy z jednej strony troski o innych, ale z drugiej ma także bardziej egoistyczny wydźwięk, związany z niepewnością tego, co nastąpi po śmierci – to lęk przed niebytem. Jest więc niepokojem o to, co dalej, co po śmierci. Druga odnosi się do obaw, jakie budzi samo zjawisko odchodzenia z tego świata – jest więc to lęk przed cierpieniem umierania, tym fizycznym i tym mentalnym. Umieranie jest niezwykle intymnym wydarzeniem, doświadczanym raz w życiu, niepoznanym i przez to szczególnie wzbudzającym negatywne emocje.

By poradzić sobie z tym paraliżującym poczuciem skończoności, człowiek uruchamia wiele mechanizmów psychologicznych. Według Piotra Tillicha (1994) przyczyną lęku jest zagrożenie niebytem. Strach jest lękiem uprzedmiotowionym i po to powstaje, by można było się z nim skonfrontować w męstwie bycia. Afirmacją bycia jest miłość, której źródłem jest sam Bóg. P. Tillich wyróżnił trzy podstawowe lęki: przed śmiercią, przed

bezsensem i przed potępieniem. Wszystkie trzy typy lęku występują według tego badacza równolegle, z tym że któryś z nich dominuje. Autor odróżnia też lęk normalny od patologicznego. I patologiczny lęk należy, mówiąc słowami P. Tillicha, zintegrować przez „męstwo bycia".

> „Dopiero starzejący się człowiek doświadcza w pełnym zakresie czasu jako nieodwracalnego. Mówi się o »jesieni życia« – urocza metafora. Jesień? Po jesieni przychodzi zima, a potem wracają wiosna i lato. Tymczasem dla starzejącego się jesień życia jest ostatnią, a tym samym żadną jesienią. Komuś młodemu nieodwracalność czasu nie ukazuje się w swój bezlitosny sposób. Jesień, zima, wiosna, lato i znowu jesień. Ma przed sobą jeszcze wiele takich zmian pór roku. Co się nie udało tej wiosny, przyjdzie następnej, jeszcze następnej, jednej spośród wprawdzie obiektywnie łatwo przeliczalnych, ale subiektywnie jawiących się jako niezliczone, wiosen, które mu jeszcze ofiarują świat i przestrzeń. Dopiero starzejący się, który nagle dostrzega, że przerażająco dokładnie potrafi przeliczyć jesienie i zimy, gdyż mierzy je minionymi i przyswojonymi sobie, rozumie upływ czasu jako nieodwracalność – okrutną ponad wszelką skargę, bo tak wiele mu umknęło i go ominęło".
>
> (Améry 2007, s. 37)

Osoby starsze muszą wykazać się „męstwem bycia", by zintegrować coraz częściej pojawiającą się świadomość własnej śmiertelności. Z wielu badań, na które powołuje się I.D. Yalom (2008b), można przytoczyć kilka zależności między specyfiką lęku przed śmiercią a starością. Odnotowano istotny związek między miejscem zamieszkania a poziomem lęku tanatycznego. U osób żyjących w mieszkaniach przypominających im te, w których spędzali życie, dostrzeżono mniejszy lęk przed śmiercią niż u tych, którzy zamieszkują w typowych instytucjach opiekuńczych. Lęk

jest niższy u osób, które uczestniczą w licznych formach aktywności. Wzrasta u seniorów neurotycznych i niedojrzałych. Poziom lęku u mężczyzn jest niższy niż u kobiet. Istotna jest jeszcze konstatacja, że osobom starszym łatwiej się aktywizuje myśli o śmierci, przy czym wzbudzają one większy niepokój niż u ludzi młodych.

Co ciekawe, w sytuacjach zagrożenia życia perspektywa śmierci jest oddalana, a w sytuacji eksponowania śmiertelności, np. przy czytaniu informacji o tragicznym wypadku czy wskutek otrzymania informacji o ciężkiej chorobie bliskiej osoby, człowiek konfrontuje się ze świadomością śmierci. Jest jednak wyposażony w mechanizmy, które pozwalają mu radzić sobie ze świadomością śmiertelności. Najprostszym z nich jest unikanie myśli o śmierci. Jednak jak zauważa W. Łukaszewski (2010), nie jest to zadanie łatwe. Zmuszanie się do niemyślenia o pewnych kwestiach, jak dowodzi autor, powoduje odwrotny skutek, czyli natarczywy powrót tych myśli. W dodatku takie zadanie jest niezwykle wyczerpujące, co sprawia, że sprawność umysłowa osłabia się pod wpływem nieustannego wysiłku, jakim jest tłumienie myśli o śmierci. Można także oczekiwać, że „im bardziej przykre są myśli, które chcemy usuwać ze swojej świadomości, tym silniej będą one powracać" (Łukaszewski 2010, s. 38). Autor tłumaczy także, że człowiek ma do dyspozycji trzy grupy operacji mających na celu likwidację skutków niepokoju tanatycznego. Wykorzystuje do tego wiele technik. Pierwsza grupa działań polega na prostym unikaniu sytuacji zmuszających do konfrontacji z tematyką śmierci. Unika się rozmów o śmierci z rodziną, ze znajomymi. Tematyka śmierci stanowi zresztą ciągle tabu. Jest konsekwentnie pomijana lub traktowana powierzchownie w całym procesie wychowania i socjalizacji (por. Fabiś 2011a). Paradoksalnie doświadczenia ze śmiercią innych i refleksja nad skończonością w cyklu życia mogą przyczynić się do lepszego przygotowania na własną śmierć. Izolowanie się od tematyki przemijania sprawia, że lęk tanatyczny, rzadziej przeżywany, jest dużo silniejszy. Drugą grupą działań służących radzeniu sobie ze skutkami lęku tanatycznego są te mające na celu oswajanie się ze śmiercią i z lękiem przed nią.

Oczyszczającym uzewnętrznieniem emocji są różnego rodzaju rytuały, obrzędy pogrzebowe, żałobne, świąteczne, religijne i kulturowe. Niektóre z działań mają charakter prewencyjny, przygotowujący, przeciwdziałający lękowi – temu służą ceremonie religijne czy zabawy halloweenowe, inne mają łagodzić lęk – stypy, wspominanie zmarłego albo udział w sesjach terapeutycznych czy grupach wsparcia. Trzecia grupa działań odwołuje się do reinterpretacji, czyli do nadawania innego sensu śmierci. Dzieje się tak przez używanie synonimicznych określeń śmierci, które łagodzą sens tego stanu, albo przez świadome nadawanie jej sensu, przypisywanie jej mocy dobrodziejstwa polegającego na przejściu w lepszy świat czy uwolnieniu się od trosk doczesnych. Kolejnym działaniem jest troska o symboliczną nieśmiertelność. Przejawia się dążeniem do pozostawiania po sobie spuścizny. Ciągłość tę – nieśmiertelność symboliczną – może zapewnić pozostawienie po sobie dzieci, wnuków i kolejnych pokoleń, ale także wielkie dzieła naukowe, dzieła sztuki i mniejsze, ale trwałe symbole bytności na ziemi w postaci domów, drzew, pamiętników, pomników itp.

3.2. Sens życia

Sens życia odczuwany jest wyłącznie przez człowieka, to wyłącznie ludzka potrzeba.

> Jeśli człowiek odkrywa, że życie ma dla niego autentyczny sens, to może tak mówić tylko wówczas, gdy odwołuje się do wartości i na nich się wspiera, bo tylko one mogą rozumnie uzasadniać sens i wolę życia. [...] Wystarczy spontaniczna świadomość czy „mroczna intuicja" podstawowych wartości, takich jak fakt bycia ja osobowym czy fakt obecności drugiego człowieka, dla którego warto być wiernie przy nim [...] (Siemianowski 2003, s. 109).

Sens życia jest więc nierozerwalnie związany z wartościami, bo to one decydują o celu egzystencji każdego człowieka. Człowiek musi czuć sens życia, by odpowiedzieć sobie na pytanie: po co i jak żyć? Nadawanie egzystencji celu może zmieniać się w cyklu życia i jest to naturalna ewolucja, bo pozwala na kilka sposobów realizować własne sensy życia – odpowiadające fazie rozwojowej człowieka, jego doświadczeniom, by w starości móc osiągać ten najbardziej wymagający – sens osobisty. I.D. Yalom proponuje (2008b), by sens życia rozważać w doniesieniu do dwóch jego rodzajów: kosmicznego i osobistego. Ten pierwszy dopowiada na pytanie, jaki jest sens życia w ogóle, natomiast ten drugi określa cel życia jednostki. Sens kosmiczny będzie systemem sensu, to światopogląd, religia, w której człowiek jest częścią planu boskiego. Sens kosmiczny będzie więc ukierunkowywał sens życia jednostki. W przypadku religii posłuszeństwo wobec Boga stanowić będzie realizację sensu. Pismo będzie pomocne w określaniu tego, jak i po co żyć, jakie postępowanie jest dobre, a którego należałoby się wystrzegać. Jeśli wierzy się bezgranicznie w słowo zawarte w Piśmie, to można czerpać z samej wiary. I choć nie można wiedzieć, jak należy żyć, nie można do końca poznać Boga, to dzięki wierze można założyć, domyślać się, jak

Bóg ten sens określa. Jeszcze inny pogląd upatrywałby poszukiwania sensu w naśladownictwie Boga, gdyż jest on doskonałością. W końcu można także uznać, że jest się cząstką gigantycznego organizmu, ekosystemu ulegającego ewolucji. Przyjęcie sensu kosmicznego daje podstawy do budowania wzorców postępowania, daje poczucie doniosłości roli do odegrania w tym wielkim systemie, pomaga też określić cele osobiste. Sens osobisty człowieka wierzącego musi mieć swoje odniesienie w wartościach, dogmatach wyznawanej wiary. Realizacja przykazań, zaleceń, dążenie do wartości wyeksponowanych w systemach religijnych kształtowane są naturalnie przez uszczegółowione cele osobiste.

Czy można więc pozbyć się całego systemu sensu kosmicznego, by żyć w nihilizmie, bądź z nihilizmu stworzyć swój własny system osobisty, bez oparcia się na sensie kosmicznym? Jean-Paul Sartre i Albert Camus odpowiadają, że tak, gdyż – jak twierdzi ten pierwszy myśliciel – życie i śmierć są absurdami, dzieją się bez powodu i przypadkowo. Nie ma ładu, który tworzy przykładowo system religijny. Ludzie powinni więc sami wymyślić sobie sens, a nie odnajdywać go w szerszych systemach. Jedynym słusznym rozwiązaniem jest zaangażowanie się w życie i poszukiwanie sensu w wartościach, które z założenia, *a priori*, wydają się słuszne i dobre. Analiza świeckich działań zmierzających do realizacji sensu osobistego pozwoliły I.D. Yalomowi (2008b, s. 441 i n.) wyróżnić następujące sensy, które wydawały się słuszne bez odwoływania się do jakiegokolwiek systemu religijnego. Pierwszym z nich jest altruizm. Działania na rzecz drugiego człowieka, aktywność dobroczynna wydają się sensem życia wielu ludzi, formą spełniania się przez czynienie dobra innym. Wiara, że dobrze jest dawać, daje poczucie pozostawiania świata lepszym, to z kolei może być satysfakcjonujące i można w takich działaniach upatrywać sensu życia osobistego. Innym sensem może być przyłączenie się do ważnej sprawy, oddanie się jej i wspieranie, zaangażowanie się całym sobą z przekonaniem o jej istotności oraz swoim znacznym przyczynieniu się do tworzenia dzieła. Takie zaangażowanie daje

poczucie sprawstwa i nieśmiertelności, gdyż dzieło trwa, nawet gdy mnie nie ma. Tą sprawą, której można się oddać, może być wspólnota – rodzina czy państwo, ale także idea, przedsięwzięcie. Źródłem sensu osobistego może również stać się twórczość. Twórcze życie wiąże się z przysłużeniem się do powstawania czegoś nowego, niezwykłego, jedynego w swoim rodzaju. Dzieła napawają dumą, są wyrazem oryginalności, wielkości, wnoszą coś wartościowego w życie innych ludzi, mogą więc stać się sensem osobistym. Człowiek w poszukiwaniu sensu życia jednostkowego może także ukierunkować się na rozrywkę, przyjemność, zabawę. Sens ten polega na chęci nieograniczonego czerpania z życia, którego jedynym celem jest osiąganie kolejnych przyjemności. Hedonistyczne podejście jest niezwykle kuszące, wygodne, niewymagające. Jeszcze inny świecki sens osobisty może wyrażać się w dążeniu do samorealizacji. Rozwój człowieka ukierunkowany na samorealizację cechuje się zmierzaniem do spełniania potrzeb wyższych, do doskonałości. W końcu przekraczanie samego siebie staje się sensem dla nielicznych. Dzięki określeniu sobie tego celu człowiek rozwija się, by przestać zajmować się sobą na rzecz relacji z innymi i troski o nich.

Dla ludzi starych sens warunkuje wartościowanie swojego życia, jest odniesieniem do bilansowania. Osiąganie poszczególnych celów życiowych pozwala spojrzeć na własne życie przez ich pryzmat i stawiać sobie ciągle nowe, aktualne cele, określać kolejny sens. W przypadku dostrzegania sensu kosmicznego człowiek stary będzie zadawał sobie także pytanie o to, jak wpisał się w ciągu swojego życia w jego system, wyrażany wartościami przyjętego światopoglądu.

3.3. Bilans życia

> Zestarzeć się jest przywilejem. Pozwala komentować życie, które możemy przeżyć w retrospekcji. W miarę upływu lat retrospekcje zawierają coraz więcej, a przywoływane sceny i działania stają się coraz bardziej prawdziwe i bliskie. Czasami nawet odległe sceny i doświadczenia są zadziwiające, a ich ponowne przeżywanie może być czymś bardzo wyczerpującym (Erikson 2012, s. 151).

Bilans życia jest dla większości ludzi nieuchronną czynnością analityczną i wartościującą, podejmowaną przez osoby dojrzałe, jest nawet swego rodzaju cechą konstytutywną starości. Wynika ze świadomości osobistego udziału we własnej biografii, z odpowiedzialności nie tylko za własne życie, ale i innych, a wszystko w perspektywie upływającego życia. Przegląd życia to próba odpowiedzi na pytanie, co człowiek zyskał i stracił w wyniku własnych decyzji, własnych działań i zaniechań. Odnosi się do własnego życia, ale uwzględnia działania na rzecz innych, w szczególności bliskich. Bilans życia jest podsumowaniem dotychczasowej egzystencji, z jednej strony na szalę kładzie się wszystkie pozytywne doświadczenia, osiągnięcia, sukcesy, momenty życia uznane za szczęśliwe, wartościowe, po drugiej stronie ciążą porażki, zaniedbania, niepowodzenia, niewykorzystane szanse, smutki i cierpienia własne oraz te wyrządzone innym. Bilansowanie jest procesem bardzo indywidualnym, subiektywnym, jest formą retrospekcji, odtwarzaniem. Proces ten jest więc narażony na wiele obiektywnych czynników, związanych z osobą bilansującą swoje życie. I istotne jest wtedy, w jakiej kondycji fizycznej, psychicznej i duchowej się ona znajduje. Bilans życia staje się kluczowym elementem określania sensu i celu życia.

> Istota sprawy tkwi nie w tym, co się wydarzyło i jakie miało bezpośrednie skutki, ale jaką refleksję ma osoba nad tymi zdarzeniami i

> jak wpłynęły na nią w dłuższej perspektywie czasowej. Jak udawało się z nimi radzić i jakie były tego bezpośrednie i odległe skutki. Jaką mądrość udało się z nich wydobyć. W jakim stopniu udało się je później zdyskontować dla dobra siebie i innych (Oleś 2011, s. 277).

Bilans jest przeżywaniem życia z odległej perspektywy, jest niezbędny w poszukiwaniu czy odnajdywaniu jego sensu. Pamiętać jednak należy, jak zauważa Astrid Tokaj, że

> [...] indywidualny charakter radzenia sobie (a finalnie – ukonstytuowane oblicze własnej jesieni życia) zależy nie tylko od całego spektrum czynników leżących w teraźniejszym stanie fizycznym, psychicznym, społecznym starszego człowieka. Poruszając się w paradygmacie rozwoju biegu życia, należy podkreślić istotne znaczenie czasu przeszłego na wymiar teraźniejszy biopsychospołecznego samopoczucia seniora (2008, s. 219).

W odniesieniu do doświadczeń życiowych istotne dla samopoczucia są ich subiektywne interpretacje. Innymi słowy, to w jaki sposób tu i teraz odczytywane są wydarzenia z przeszłości, ma wpływ na samopoczucie. Te same doświadczenia na osi życia mogą przybierać różne wartości i inicjować różne interpretacje.

Przyczyną rozwojową bilansowania życia jest osiągnięcie „perspektywy biograficznej" w starości. Jednak należy być ostrożnym w przypisywaniu starości cechy refleksyjności, gdyż – jak przekonuje H. Bee (2004) – nie ma jednak niezbitych dowodów na to, że osoby starsze są bardziej skłonne do wspomnień, a tylko niektóre ich formy częściej występują u osób starszych.

Z pewnością różne wydarzenia życiowe, takie jak śmierć bliskiej osoby, odejście dzieci z domu czy przejście na emeryturę i wiele innych, mogą także inspirować do bilansowania życia. Powołując się na amerykańskich badaczy, S. Steuden wyjaśnia, że

> [...] przegląd życia jest instrumentem pomocnym w przystosowaniu się do starości osobom, które zmagały się z wieloma trudnymi sytuacjami. Jednak nie jest tak u wszystkich osób starszych, zwłaszcza w późnej dorosłości ze względu na zaburzone procesy poznawcze i zdolność refleksyjnej oceny własnego życia. Paradoksalnie jednak rozwój

> osobowości w późnym wieku wydaje się być w większym stopniu efektem trudnych doświadczeń życiowych aniżeli sukcesów (2011, s. 109).

U schyłku istnienia człowiek stawia sobie pytanie o sens własnego życia, o jego jakość, o to, czy wykorzystał je w odpowiedni sposób, czy jego bilans jest dodatni. Pomaga to w konfrontacji z przemijaniem, w perspektywie Eriksonowskiego ósmego etapu rozwojowego są to niezbędne działania, by osiągnąć integralność ego. Nie bez znaczenia są także dla prawidłowego przebiegu dziewiątego etapu, zaproponowanego przez J.M. Erikson (2012).

Jednocześnie mechanizmy obronne pomagają przeżywać życie na nowo z innej perspektywy, która może łagodzić wcześniejszą krytyczną samoocenę, albo przeciwnie – podawać w wątpliwość pozytywne niegdyś doświadczenia. Dzieje się tak dlatego, że bilans dotyczy obiektywnych wydarzeń, lecz dokonywany jest przez pryzmat wartości subiektywnie selekcjonowanych, których miejsce zmienia się w cyklu życia.

> Poprzez odniesienie się do wartości bilans życia wpisuje się w aksjologiczną stronę aktywności ludzkiej. Jest nie tylko przesycony metarefleksją – co było warto, a co nie, czy środki były adekwatne – ale też oceną: dlaczego coś było wartościowe, a coś nie. Paradoks bilansu polega na tym, że kryteria wartościowania najczęściej zmieniają się w ciągu życia. Dlatego też przychodzi oceniać aktywność, która kiedyś – w świetle innych kryteriów – wydawała się sensowna i potrzebna (Oleś 2011, s. 275).

Podczas życiowego bilansu stawia się także pytania o dawne konflikty, możliwości naprawienia wyrządzonych krzywd, zapomnienia tego, co się nie udało, uczynienia ewentualnych rekompensat. Jego negatywny wynik w starości wskazuje na rozbieżność między postulowaną, oczekiwaną wizją życia z obecnego punktu widzenia a oceną tego, co już zostało dokonane. Może to w konsekwencji motywować do zmian nawet radykalnych, do próby odwrócenia niekorzystnego podsumowania, może też zniechęcić do dalszych działań, gdy brak jest perspektyw.

Pozytywny zaś umacnia ciągłość działań, przekonuje do ich kontynuowania. W starości negatywny bilans niejednokrotnie wiąże się z depresją. Jest wtedy zniekształcony, przesadnie krytyczny, podporządkowany stanowi chorobowemu. Ale choroby, w tym depresja, mogą także wynikać z niekorzystnej interpretacji dokonań życiowych. Dzieje się tak, gdy możliwość zmian i naprawienia własnego wizerunku jest ograniczona ze względu na nieodwracalność zaistniałych zdarzeń, stanu zdrowia, uwarunkowań ekonomicznych czy brak wiary w siebie.

3.4. Samotność, osamotnienie, izolacja

> Samotność jest cierpieniem – istnieć i zarazem nie istnieć to być może jedno z boleśniejszych doświadczeń życia, także dlatego, że w tym okresie słabnie nadzieja i nie ma już czasu na realizację pragnień. Samotność to nie tylko przebywanie w jakimś miejscu bez kogoś obok, lecz także życie pośród ludzi, którzy cię nie widzą, jakby cię nie było. Niezauważalne życie, niedostrzegalne potrzeby (Andreoli 2009, s. 150).

Uczucie bycia samym, wyobcowania, izolacji, odosobnienia przybiera wiele form. Wiąże się z pewnym dyskomfortem, u którego podstaw leży niezaspokojona potrzeba bycia z innym. Samotność jest zjawiskiem pojawiającym się w życiu człowieka od samego początku, od jego przybycia na świat. Same momenty narodzin i śmierci są wyjątkowymi i niezwykle indywidualnymi aktami, jedynymi i niepowtarzalnymi jednostkowymi wydarzeniami. Temu drugiemu towarzyszą szczególne uczucia, przybierające skrajną formę, zwłaszcza gdy człowiek ma świadomość swojej nadchodzącej skończoności. Według I.D. Yaloma samotność wywołana świadomością śmierci to tzw. izolacja egzystencjalna,

> [...] nie izolacja interpersonalna, z towarzyszącą jej samotnością, ani intrapersonalna (izolacja od części samego siebie), lecz izolacja fundamentalna, od istot i świata – podłoże wszystkich innych izolacji. Niezależnie od tego, jak bardzo zbliżymy się wzajem do siebie, zawsze pozostanie ta ostateczna, nieprzekraczalna luka; każdy z nas wkracza w istnienie sam i sam musi je opuścić (2008b, s. 16).

Izolacja egzystencjalna jest często nieuświadamiana, ludzie starzy dostrzegają u siebie raczej brak bliskich osób (por. Fabiś 2013a), co jest bliższe ogólnie przyjętym definicjom samotności i osamotnienia. Jednak definicje takich pojęć, jak samotność, osamotnienie, izolacja, nie są jednoznacznie interpretowane. Samotność i osamotnienie często traktowane są jak synonimy. Co

prawda zachodzą między nimi pewne relacje semantyczne i treściowe, ale z pewnością nie można ich uznać za pojęcia tożsame. L. Dyczewski samotność i osamotnienie uznaje za dwa odmienne stany, których nie należy ze sobą utożsamiać. Jednocześnie podkreśla, że oba są „właściwymi stanami" w starości (1994, s. 86). Można przyjąć, że jednym ze znaczących kryteriów różnicujących samotność i osamotnienie jest wola uczestniczenia w stanie odizolowania od innych ludzi. Samotność stwierdzić można obiektywnie, ale może oznaczać ukryte wewnętrzne doświadczenie jednostki. Samotność można wybrać, natomiast osamotnienie jest przykrym uczuciem braku kogoś bliskiego, ważnego, które doświadczane jest wbrew sobie.

Jedno ze stanowisk odnośnie do definiowania samotności wskazuje, że jest to stan obiektywny (fizyczny) (Synak 2002). Jest prowadzeniem przez człowieka refleksji nad istnieniem i poszukiwaniem sensu życia. Nie jest przejawem koncentracji na samym sobie, jak w przypadku osamotnienia. Jest stanem skupienia się na drugim człowieku oraz pogłębiania kontaktu z nim i ze światem, a także z Bogiem i samym sobą, jest zadaniem w starości.

> Samotność nie jest tylko właściwością wieku starczego, ale jest ona jego stałym zjawiskiem, swoistym stanem życia, od którego nie ma ucieczki, i każdy go musi przeżyć na swój sposób. Wchodzenie w stan samotności jest zatem jednym z najważniejszych zadań człowieka starzejącego się [...] (Dyczewski 2006, s. 114).

Z samotnością nie zawsze związane jest poczucie osamotnienia. Nie należy do rzadkości, że osoby mieszkające samotnie prowadzą bardzo aktywne i bogate życie towarzyskie, realizują różne rodzaje aktywności, a ich poczucie zadowolenia z życia jest na wysokim poziomie. Ma to jednak związek z wcześniej wykształconymi nawykami i postawami. Nie należy zapominać i o tym, że spotyka się także samotność z wyboru i wtedy rozumiana jest ona jako sposób funkcjonowania polegający na tolerowaniu lub nawet wyborze ograniczenia do minimum kontaktów społecznych. Czasami oznacza to życie bez związków opartych na

miłości czy głębokiej przyjaźni, a jednak nie musi być odczuwane jako subiektywnie przykre ani też nieść za sobą negatywnych konsekwencji. Co więcej, pewne aspekty funkcjonowania zdrowia psychicznego, jak np. proces twórczy, wręcz wymagają samotności, przynajmniej na określonych etapach.

Według E. Dubas samotność jest

> [...] specyficznym fenomenem ludzkiej egzystencji, szczególną cechą ludzkiego doświadczenia, szczególną manifestacją skomplikowania osobowości człowieka (2000, s. 110).

A manifestacja ta według autorki wyraża się w antynomii:

> [...] z jednej strony istota usilnie pragnąca bliskiego kontaktu z innymi ludźmi, najpełniej przejawiającego się w miłości i przyjaźni, z drugiej zaś strony unikająca, odtrącająca ich w poszukiwaniu innych budujących go więzi: z samym sobą, z przyrodą czy absolutem (2000, s. 110).

I choć samotność ma – zdaniem autorki – zwykle negatywny wymiar, to może także być pozytywnym rozwojowym czynnikiem, gdy pochodzi z wyboru i postrzegana jest jako szansa, zadanie rozwojowe czy jako łaska.

> Przez samotność społeczną rozumie się sytuacje charakteryzujące się osłabieniem lub brakiem więzi naturalnej z innym człowiekiem, życie poza społeczeństwem. Samotność społeczną charakteryzuje brak przyjaźni, przyjaciół, towarzystwa, wspólnoty. Bez takich społecznych więzi jednostka czuje się nie tylko samotna w świecie, ale i poza nim, oddzielona od ludzi. Jest to zjawisko podobne do izolacji społecznej, to znaczy braku obecności innych ludzi i kontaktu z nimi (Smykowska 2007, s. 245).

Osamotnienie jako stan emocjonalny człowieka wynika z braku pozytywnych relacji z innymi osobami. Do poczucia zadowolenia, budowania sensu życia oraz stawiania celów i zadań na przyszłość pomocna może być akceptująca obecność innych ludzi, którzy są źródłem wzmocnień, dają poczucie więzi i przynależności do grupy, społeczności. Inspirują do aktywności, która jest

realizowana w przestrzeni i przez pryzmat aktywności osób z najbliższego otoczenia. Brak pozytywnych relacji z drugim człowiekiem może być stanem bardzo dotkliwie odczuwanym. Osłabienie więzi emocjonalnej z jedną lub wieloma osobami powoduje obniżenie poczucia własnej wartości, bycia kochanym i potrzebnym, czasem wywołuje utratę poczucia sensu życia. Ale samotność jest wpisana w codzienność życia w starości, jest nawet jego niezbędnym elementem. Osamotnienie jest stanem subiektywnym – psychicznym. Zatem samotność jest rzeczywistym stanem bycia samemu przez dłuższy czas, a osamotnienie to stan umysłu, odczuwany tylko przez daną osobę i wpływający na jej emocje (Synak 2002). Osamotnienie to niedorozwój osobowości i brak możliwości przekraczania własnego ja, który sprawia, że człowiek zawęża swoje myśli, pragnienia, przeżycia i dążenia do dawania, a w konsekwencji popada w stan smutku i nieszczęścia (Dyczewski 1994).

Cała biografia człowieka przekłada się na postrzeganie i przeżywanie starości. Zarówno samotność, jak i osamotnienie są stanami właściwymi dla człowieka w każdym okresie życia, choć uzasadniona wydaje się teza, że nasilają się szczególnie na starość.

Ale ten okres życia wiąże się także z jakościowymi uwarunkowaniami eskalacji zjawiska samotności. Starzy ludzie nie są rozumiani przez młodsze pokolenia, sami czują się wyalienowani, wykluczani, a konsumpcyjny model społeczeństwa wypiera starość poza ramy zainteresowań ludzi młodych. Starość nie jest atrakcyjna, a sami seniorzy przypominają o tym, że każdy musi się zestarzeć i umrzeć. Problemy zdrowotne ograniczają ich kontakty międzyludzkie i separują od reszty społeczeństwa.

Przystosowanie się do zmieniających się warunków życia, choć trudne na każdym jego etapie, to w starości bywa wyjątkowo skomplikowane. Kompensacja braku kontaktu z bliskimi jawi się człowiekowi starszemu jako poważny problem, a jednocześnie jako istotne zadanie rozwojowe. Radzenie sobie z samotnością będzie więc warunkować poczucie satysfakcji z życia.

Podsumowując, można stwierdzić, że samotność (izolacja interpersonalna) jest zjawiskiem naturalnym w starości, wiąże się z mniejszym udziałem w życiu społecznym, mniej licznymi kontaktami, natomiast bardziej przemyślanie dobieranymi. Może być destrukcyjna, ale jednocześnie pomocna w realizacji zadań rozwojowych w późnej dorosłości – w konfrontacji z innymi troskami egzystencjalnymi. W definicjach osamotnienia można wyróżnić jego trzy cechy, a mianowicie to, że wynika z niedostatków bądź braku kontaktu z drugim człowiekiem, upośledzenia stosunków międzyludzkich, że jest doświadczeniem subiektywnym i wreszcie że zarówno jako stan psychiczny, jak i fizyczny jest nieprzyjemna i wysoce stresująca. Izolacja egzystencjalna zaś to taka,

> [...] która trwa mimo najbardziej zadowalających relacji z ludźmi oraz znakomitej znajomości siebie i zintegrowania. Izolacja egzystencjalna oznacza nieprzekraczalną przepaść między mną a inną istotą ludzką. Oznacza również izolację jeszcze bardziej podstawową: oddzielenie jednostki od świata (Yalom 2008b, s. 366).

3.5. Cierpienie

W starości cierpienie wywołane bólem fizycznym i psychicznym staje się często permanentne, a dojrzałość i bliskość śmierci powodują jeszcze cierpienie natury duchowej. I choć starość jest czasem, w którym natężenie tego zjawiska w wielu jego formach przybiera na sile, to żaden inny etap życia nie jest od niego wolny. Występowanie wielu chorób, wypadki, zmiany starcze, zaburzenia funkcjonowania są źródłem dyskomfortu fizycznego, a ten może przyczynić się do powstania cierpienia psychicznego, rozumianego jako negatywne uczucie straty czegoś cennego. Tam, gdzie jest ból fizyczny, występuje często ból psychiczny, nie oznacza to jednak, że ten ostatni potrzebuje do stymulacji bodźców fizycznych. Psychiczne cierpienie wiąże się z kondycją psychiczną, z lękami, z bilansem życia, z poczuciem osamotnienia. Warunkuje je wiele czynników środowiskowych. Jest to uczucie takie, jak: „niepokój, ociężałość i napięcie, brak emocji, pustka i psychologiczny ból lub zranienie" (Längle 2004, s. 220). Duchowego cierpienia doświadcza człowiek, gdy traci coś,

> [...] co jest niezbędne, by dana osoba doświadczała spełnionego istnienia. [...] uczucia przypisywane tym doświadczeniom to m.in.: poczucie braku bezpieczeństwa, nadużycie zaufania, rozpacz, brak relacji, niesprawiedliwość, wyrzuty sumienia, poczucie winy (Längle 2004, s. 220).

Autor ten klasyczny podział cierpienia poszerza o jeszcze jeden jego rodzaj: cierpienie egzystencjalne. Uczucia i postawy dominujące w nim to daremność, brak sensu, niezrozumienie życia, postrzeganie losu jako bezsensowego.

Jarosław Gowin wspomina ostatnie spotkanie z ks. prof. Józefem Tischnerem

„Najbardziej przejmujące ze wszystkiego były ostatnie miesiące jego życia i moje ostatnie spotkanie z nim. On już wtedy umierał, bardzo cierpiał. Odwiedziliśmy go z księdzem Rysiem i z Dorotą Zańko w mieszkaniu jego brata, pana profesora Mariana Tischnera. Rozmawialiśmy o różnych sprawach, on od czasu do czasu pisał coś na karteczce, bo już w ogóle nie mówił, ale stopniowo zaczynaliśmy mieć poczucie, że robi się nam coraz bardziej nieswojo. Ta rozmowa była coraz bardziej obok niego. I nagle z takim wysiłkiem zaczął coś szeptać, patrząc na mnie bardzo intensywnie. Długo nie mogłem odczytać z ruchu warg, co to za słowa. Wreszcie za którymś razem, że są to słowa: »Nie uszlachetnia«. To było nawiązanie do którejś z naszych rozmów o tym, czy cierpienie uszlachetnia człowieka, czy cierpienie jest jakąś drogą do duchowego przebudowania się. »Nie uszlachetnia«. Takie było jego ostatnie, bardzo gorzkie, Hiobowe doświadczenie […]”.

(Bereś, Więcek 2008, s. 247–248)

Głównymi czynnikami przynoszącymi cierpienie są, oprócz trosk egzystencjalnych, uczucie zależności, wielochorobowość, nieustanne doświadczanie strat. Cierpienie przejawia się na wiele sposobów. Może to być agresja, bunt, ale także wycofanie, smutek, rezygnacja, narzekanie, i milczenie, a także wiele innych zachowań i postaw. Psychologiczna analiza negatywnych emocji (por. Trzebińska 2004) wskazuje na kilka kluczowych cech tego zjawiska. Uczucia negatywne zawężają pole uwagi, ograniczając jednocześnie dopływ bodźców, koncentrując jednostkę bezpośrednio na analitycznym rozważaniu problemu. Trwałość wspomnień doświadczeń naznaczonych emocjami negatywnymi jest większa niż tych o pozytywnym wydźwięku, najsłabsze są zaś w pamięci ślady doświadczeń neutralnych emocjonalnie. Silne uczucia negatywne mają także dużą moc sprawczą, bardzo motywują, przy jednoczesnym nastawieniu na rywalizację. Można przyjąć, że pojawienie się uczuć negatywnych sygnalizuje sytuację

niekorzystną i jest jednocześnie impulsem do działań mających na celu poradzenie sobie z przeciwnościami.

> Rozmaitość negatywnych emocji i ich wzajemne podobieństwo co do podstawowych charakterystyk każe poddać weryfikacji powszechne nastawienie, że za cierpiącego można uznać jedynie kogoś, kto zasługuje na współczucie, a więc przede wszystkim kto się boi lub jest smutny. Do obszaru cierpienia należy, jak się wydaje, zaliczyć także takie stany, które w potocznym przynajmniej odczuciu z cierpieniem się nie kojarzą, jak złość, zazdrość, wrogość, podejrzliwość, nuda czy pogarda (Trzebińska 2004, s. 93).

Cierpienie, jak wcześniej wspomniano, jest także problemem o charakterze egzystencjalnym. Z perspektywy teologii chrześcijańskiej konflikt powstaje na skutek braku zgody na siebie oraz w relacji z drugim człowiekiem (por. Kiernikowski 2004). Ta pierwsza forma wynika z poczucia tożsamości – tego, kim się jest, w odniesieniu do tego, kim być się powinno. Jest to

> [...] doświadczenie braku, doświadczenie tego, że czegoś nie można w pełni zrealizować, że w jakiejś dziedzinie przeżywa się fiasko, bankructwo, niemożność wpływu na pewne procesy, z drugiej strony – jako nieakceptację tej niemocy czy niewydolności (Kiernikowski 2004, s. 13).

Druga forma dotyczy dyskomfortu w relacji z drugim człowiekiem. Wynika z poczucia braku akceptacji ze strony innych z jednoczesnym przekonaniem o własnej niedoskonałości i oczekiwaniem nieakceptacji. Doświadczanie cierpienia jest wpisane w cykl życia człowieka, pomaga dostrzec nieprawidłowości i przedsięwziąć odpowiednie kroki, mające na celu niwelowanie niedostatków, przezwyciężenie przeszkód. Cierpienie patologiczne – zbyt długotrwałe, zbyt częste, zbyt intensywne, z którym człowiek sobie nie radzi – staje się destruktywne, szkodzi cierpiącemu, niszczy relacje z innymi, z samym sobą, z absolutem.

Jednocześnie istotne wydaje się pytanie o sens cierpienia. Trudno jest zrozumieć jego istnienie w ogóle, a w szczególności w

świecie stworzonym przez Boga. A przecież starość jest czasem namysłu nad najbardziej fundamentalnymi pytaniami, także o sens cierpienia. To pytanie zadają sobie refleksyjni ludzie, szukający odpowiedzi nie tylko we własnych rozważaniach, lecz także zgłębiający myśli wybitnych filozofów czy wsłuchujący się w głos Kościoła. Cierpienie w starości jest przez Vittorina Andreolego utożsamiane z samotnością. Dzieje się tak za sprawą pozostałych uczestników życia rodzinnego i szerszych kręgów społecznych.

> Człowiek stary cierpi z powodu samotności dlatego, że czuje się niepotrzebny. Czasami nawet staje się ciężarem, przedmiotem, który się przestawia, by nie zajmował miejsca i nie przysłaniał widoku [...] (2009, s. 150).

Inna przykładowa interpretacja wyjaśniająca sens cierpienia opiera się na założeniu, że jest ono narzędziem Boga wskazującym na zło, by obudzić sumienie ludzkości (Lewis 2010). Jeszcze inne rozumienie dostrzega wartość cierpienia w odnalezieniu w nim celu życia przez nadanie mu sensu, jak przekonuje V.E. Frankl (1971, 2009).

Viktor E. Frankl o swoim pobycie w KL Auschwitz:

„Cierpienie stawało się dla nas zadaniem, od którego nie chcieliśmy się odwracać. […] Przed nami było również wiele do wycierpienia. Konieczne było zatem stanięcie twarzą w twarz z czekającym nas ogromem cierpienia oraz próba ograniczenia do minimum momentów słabości i ukradkowo ocieranych łez. Nie musieliśmy się ich już jednak wstydzić, jako że odtąd miały być dowodem największej ludzkiej odwagi – odwagi, aby godnie cierpieć. Tylko niewielu z nas zdawało sobie z tego sprawę. Niektórzy ze wstydem przyznawali się od czasu do czasu, że zdarzyło im się płakać, jak ów towarzysz, który w odpowiedzi na moje pytanie o to, jak znosi swoje obrzęki, odparł: – Wypłakałem je całkowicie ze swojego organizmu”.

(Frankl 2009, s. 126–127)

3.6. Strata, żałoba i wdowieństwo

W ciągu całego życia człowiek doświadcza wielu strat. Starzenie się wiąże się z traceniem indywidualnego potencjału człowieka, jaki dotychczas pozyskał w cyklu rozwojowym. Następuje wówczas powolne opuszczanie sił witalnych, otępienie zmysłów, starzenie się ciała, degradacja sprawności umysłowej, a przede wszystkim – utrata innych ludzi, w szczególności najbliższych. Te straty wiążą się także z ograniczonymi korzyściami z życia na ostatnim jego etapie. Claudia Cardinal (2009) wyróżnia trzy rodzaje najboleśniejszych rozstań w obliczu śmierci. Są to: pożegnanie z bliskimi ludźmi, z przyjemnościami, którymi obdarzają człowieka zmysły, oraz z własnym ciałem.

Najtrudniejsze pożegnanie wiąże się z utratą osób – znaczących, bliskich, kochanych. Starość w naturalny sposób ogranicza ich liczbę. Im człowiek bardziej posuwa się w latach, tym większe zagrożenie stratą i żałobą. Gdy odchodzą rodzice, pojawia się myśl o zajęciu miejsca w generacji, która jest najbliżej śmierci. Wdowieństwo jest problemem głównie kobiet. Mężczyźni żyją krócej i częściej pozostawiają swoje partnerki, a rozpad związku spowodowany stratą bliskiej osoby, będącej źródłem różnorodnej stymulacji, może w znacznym stopniu pogłębić uczucie wyobcowania. Osierocenie jest jednym z najbardziej stresujących doświadczeń w życiu człowieka.

Śmierć zawsze wywołuje bardzo silną emocjonalną reakcję, której natężenie i rodzaj zależą od takich czynników, jak: sposób śmierci (wypadek, śmierć nagła, śmierć poprzedzona chorobą), stopień pokrewieństwa, rodzaj i częstość kontaktów z osobą zmarłą, jej wiek, a nawet czas i aktualna kondycja psychiczna osieroconego.

Najbardziej dramatyczny przebieg przeżywania straty uwidacznia się podczas żałoby. Trwa ona z reguły kilka–kilkanaście miesięcy, ale może przeciągnąć się na lata. Żałoba przeżyta

patologicznie może przenieść negatywne uczucia i zachowania na następne lata życia. Manu Keirse (2004) przekonuje, że u osób przeżywających stratę zaobserwować można szereg różnorodnych reakcji i uczuć. Sam autor oprócz publikacji naukowych z zakresu wsparcia chorych i osób osieroconych wydał bardzo osobistą relację z przeżywania śmierci swojej matki w książce *Pożegnanie z matką* (Keirse 2005). Jak zauważa ten badacz, jako najgroźniejsze aspekty żałoby wymienić można przede wszystkim chaos i dezorganizację. Pojawiają się one wówczas, gdy osierocona osoba uświadamia sobie realność sytuacji. Występuje wtedy niepokój, brak cierpliwości, roztargnienie. Człowiek jest we władaniu silnych emocji, zanika jasność jego myślenia. Skutkiem są zaniedbania obowiązków rodzinnych, zawodowych, społecznych. Człowiek czuje się zmęczony, nie radzi sobie z zadaniami. Dochodzą problemy ze snem i uporczywa potrzeba „nerwowego poszukiwania" zmarłego. Człowieka ogarnia ogromna tęsknota za nim.

Zachowania i uczucia osób przeżywających stratę zmieniają się spontanicznie, przyjmują skrajne wartości. Ambiwalencja przejawia się w trudnościach z podejmowaniem decyzji.

> To rozdarcie wewnętrzne jest oznaką naszego zmagania się z rzeczywistością. To jednoczesne „chcę" i „nie chcę". To naraz poszukiwanie i ucieczka. Trudno jest nam zrozumieć samych siebie w tym rozdarciu. [...] Tak samo, jak dwojakie uczucia są częścią każdego związku z drugim człowiekiem, tak też rozstanie z nim wiąże się z dwoistością uczuć (Keirse 2004, s. 45).

Gdy życie przemierza się w bliskości z drugim człowiekiem, jego brak powoduje poczucie utraty cząstki samego siebie. Człowiek z człowieka jest zrodzony, z innym człowiekiem się wiąże i ludzi na świat przynosi – każda strata bliskiej osoby musi więc budzić emocje. Żałoba to przede wszystkim ogromny ból, pojawiający się często niespodziewanie, którego natężenie z czasem maleje. Próbując zrozumieć to, co się wydarzyło, osoba osierocona rozpamiętuje ostatnie chwile życia ukochanej osoby, powraca pamięcią do wydarzeń sprzed lat.

Pamiętanie jest sposobem na bycie z osobą, która odeszła. Można także zachować obraz zmarłego przez emocjonalne przywiązanie do przedmiotów należących do niego, przez wizualizowanie jego postaci w fantazjach, snach, marzeniach – to pozwala zatrzymać wspólnie spędzone chwile. Także identyfikacja ze zmarłą osobą jest sposobem na podtrzymanie pamięci o niej. Przejawia się ona w próbie naśladownictwa zmarłego czy kontynuowania jego dzieł, w przejmowaniu zainteresowań, szukaniu korzeni. W tych trudnych momentach bólu i rozpaczy przychodzi niejednokrotnie pytanie o sens życia. Ile warte jest życie, skoro jest tak kruche i tak szybko mija? Jaki jest sens życia bez ukochanej osoby? Czy życie w ogóle może mieć jeszcze sens? Czy nie warto także opuścić tego świata?

Człowiek odczuwający stratę konfrontuje się z uczuciem agresji i buntu. Może je skierować do Boga, osoby zmarłej, do samego siebie, ale najczęściej ofiarami stają się inni ludzie, z bliższego i dalszego kręgu rodziny i znajomych, czasem obcy. Podobnie winą może obarczać wiele osób, Boga czy samego siebie. Najczęściej mamy do czynienia z tą ostatnią sytuacją. Zresztą w pierwszym okresie po śmierci idealizuje się zmarłego i większość winy za niepowodzenia bierze się na siebie, bez względu na to, czy jest ona oparta na rzetelnych przesłankach. Poczucie winy wiąże się również ze wstydem. Bycie osieroconym, samotnym burzy obraz samego siebie, wzbudzając jednocześnie wstyd. Ze stratą łączą się ponadto nierozerwalnie depresja i rozpacz.

> W trakcie żałoby możemy czuć się smutni, przygnębieni, przybici. Nie cieszą nas miłe rzeczy. Nie mamy chęci do życia, pozostajemy w emocjonalnym dołku. Brak nam energii i motywacji do życia. Wciąż tkwimy myślami w przeszłości, przyszłość przedstawia się nam w czarnych barwach. Brak nam nadziei, narzekamy na obecną sytuację i czujemy się jak ofiara. Zaczynamy płakać bez powodu, łzy mogą pojawić się w każdej chwili. Są momenty, w których chcielibyśmy płakać, lecz nie potrafimy. Czasami czujemy, że tracimy grunt pod nogami, stajemy się bezbronni, brak nam sił. Przepełnia nas uczucie samotności i trudno nam wyobrazić sobie dalsze życie. Wszystko traci sens: my sami, nasze życie. Uczucia winy i wstydu podkopują jeszcze

> bardziej nasz brak wiary w siebie. Czujemy się zależni od innych, emocjonalnie bezbronni jak dzieci (Keirse 2004, s. 50).

Można też przeżywać żałobę po utracie niewykorzystanych możliwości, nadziei, poczucia sprawiedliwości czy wiary. Ogrom tych wszystkich strat doświadczają ludzie w ciągu całego życia, a w obliczu własnej śmierci pożegnanie ze wszystkim, co człowieka otacza, staje się dramatycznie trudne. Umieranie jest najbardziej samotnym wydarzeniem w życiu człowieka. Można odczuwać obecność fizyczną innych osób, ale ostatnie chwile życia stanowią oazę najbardziej intymnych emocji umierającego.

Ludzie w obliczu śmierci uznają za stratę wszystkie te wydarzenia, które wkrótce nadejdą, a oni być może nie będą już w nich uczestniczyć. Planowanie życia na dalsze lata bywa emocjonujące, gdy czasu w perspektywie jest wiele, inaczej jest, gdy zdrowy rozsądek podpowiada, by nie snuć zbyt dalekich planów, bo można nie doczekać ich realizacji. Człowiek w wieku emerytalnym w swoją przyszłość daleko wybiec nie może. Koncentruje się zatem przede wszystkim na teraźniejszości. Ludzie starsi dostrzegają wartość aktualnych wydarzeń, żyją dniem dzisiejszym. Wydawać by się mogło, że świadomość bliskości czy nawet przekroczenia wieku uznawanego za średnią długość życia skutecznie powstrzymuje dalekosiężne układanie przyszłości. Jednak liczne badania nie potwierdzają tej zależności, dowodząc, że osoby starsze w takim samym stopniu spoglądają w przyszłość, co kiedyś, gdy były młode. Inni badacze twierdzą, że perspektywa czasowa przyszłościowa i przeszłościowa zwiększają się, podczas gdy jeszcze inni stawiają odwrotne tezy – obie perspektywy czasowe na starość ulegają zmniejszeniu. Może więc nie wiek pełni kluczową rolę w kreowaniu perspektyw czasowych? Analiza badań nad przyszłościową perspektywą czasową Karen L. Fingerman i Marion Perlmutter doprowadza do wniosków, że:

> [...] to, jak daleko ludzie spoglądają przed siebie, jest związane z tym, jak bardzo byli szczęśliwi, skąd pochodzili, ile mają kontroli nad tym, do czego zmierzają i czy przewidują jakieś utrudnienia. Reasumując, przyszłościowa perspektywa czasowa zależy od sposobu spostrzegania

wcześniejszych doświadczeń i posiadanych umiejętności antycypacji (za: Bugajska, Timoszyk-Tomczak, 2006).

Każdy człowiek przeżywać będzie stratę bliskiej osoby na swój sposób, każda żałoba jest zjawiskiem jedynym w swoim rodzaju. Inaczej przeżywa się śmierć rodziców, małżonka, a inaczej dziecka. Emocje związane z żałobą są też odmienne u różnych osób – najczęściej to smutek i lęk, ale czasami też bunt, agresja i złość na zmarłego, że odszedł. Niebagatelny wpływ na przeżywanie żałoby mają normy kulturowe, a także wychowanie. Kilkadziesiąt lat temu w rodzinach wielopokoleniowych dzieci miały szansę być blisko narodzin, chorób i śmierci domowników. Śmierć nie była tematem tabu, jak jest to obecnie.

Utrata bliskiej osoby to czas weryfikacji przekonań, wartości. Wiadome jest, że osoby religijne lepiej radzą sobie z żałobą – wierzą, że ukochany zmarły trafił do lepszego świata. Ta świadomość, połączona ze wsparciem osoby duchownej, pozwala im często na powolny powrót do normalnego funkcjonowania rodzinnego i społecznego.

Jednak proces przeżywania żałoby jest zwykle bardzo trudny i długi, ale tylko głębokie i prawdziwe jego przeżycie pozwala odzyskać wewnętrzny spokój i uniknąć patologii. „Zaakceptowanie smutku przynosi więcej ulgi niż negowanie go, milczenie, zamykanie go w sobie" (Keirse 2004, s. 18). Silny jest ten, kto ma odwagę pokazać swoje uczucia, nie ten, kto je kontroluje.

Marie de Hennezel, psycholog paryskiego hospicjum, autorka książki *Śmierć z bliska*, podzieliła się z czytelnikami osobistą refleksją dotyczącą przeżywania żałoby:

Zdałam sobie sprawę, że (moja) infekcja ujawniła się w kolejną rocznicę śmierci mojego ojca. Leżę więc przykuta do łóżka z tą myślą, i nagle ogarnia mnie i przytłacza fala wzruszenia. Nie mogę przestać płakać. Wypłakuję wszystkie łzy, których nie mogłam wylać w dniu jego śmierci, wszystkie stłumione bóle. Bo wtedy, siedem lat temu, powściągnęłam swoje cierpienie, chciałam być dzielna, mówiłam sobie, że trzeba to jakoś znieść. Jak tylu innych, kiedy są w żałobie, bo w naszym społeczeństwie nie ma miejsca dla tych, którzy opłakują stratę swoich bliskich. Nikt wtedy nie pomógł mi, bym mogła dać upust

> żalowi. Depresję u ludzi w żałobie uważa się za anormalną, radzi się nam wtedy pójść do lekarza, żeby zapisał coś na podniesienie nastroju. Próbuje się nas rozerwać, skierować nasze myśli ku czemuś innemu. Krótko mówiąc, daje się nam znać, że ludzie boją się naszego nieszczęścia (1998, s. 101).

Czasami wsparcie społeczne zamiast pomagać, przez nieudolne próby, truizmy i mało refleksyjne sformułowania pogłębia stan smutku po odejściu bliskiej osoby. Często spotykanym mechanizmem obronnym otoczenia osoby w żałobie jest również unikanie rozmowy o zmarłym, a wynika to prawdopodobnie z obawy, że temat spowoduje płacz, co sprawi kłopotliwą sytuację. Ta niemoc powoduje wycofanie tych, którzy mogliby pomóc.

> Czy w takich chwilach nie potrzebujemy czegoś przeciwnego, rozmowy o tym, którego już nie ma, wspomnienia okoliczności jego śmierci? To oczywiście sprowadza łzy. Ale to dobrze, jeśli można płakać w obecności przyjaciół, czuć, że to możliwe, tak jak dobrze jest powspominać razem chwile przeżyte z tym, który opuścił nas na zawsze. Dobrze jest powiedzieć komuś o swoich żalach, wyrzutach sumienia, jeśli się je ma, a także – czemuż by nie – o swoim zbuntowaniu. Wszystko to składa się na ową tajemniczą pracę wewnętrzną, pracę żałoby, która pozwala stopniowo odejść i pewnego dnia zbudzić się wolnym, z pełną energią potrzebną do życia (Hennezel 1998, s. 101).

Przeżywanie żałoby dokonuje się w trzech fazach (por. Strelau 2000b):

- Faza początkowa (3–4 tygodnie od śmierci) – to szok i niedowierzanie w realną śmierć bliskiej osoby. Stan trwa kilka dni, po których następuje smutek.
- Faza pośrednia (3–8 miesięcy po śmierci) – to czas poszukiwania nowej tożsamości, następuje uczenie się nowych ról: wdowy, wdowca, osieroconego.
- Faza odzyskiwania równowagi (około roku od śmierci) – to pogodzenie się z brakiem bliskiej osoby, następuje reorganizacja życia, w końcowej fazie wzrasta zaufanie do siebie i poczucie własnej wartości.

W terapii owdowiałych osób żal stać się może nie tylko narzędziem do poradzenia sobie z sytuacją kryzysową, lecz także jednocześnie szansą rozwojową. I.D. Yalom swoje badania przeprowadzone wraz z Mortonem Liebermanem wśród owdowiałych seniorów puentuje następująco:

> Spośród osiemdziesięciu wdów i wdowców, których objęliśmy badaniami, jedna trzecia odczuwała zwiększoną świadomość własnej śmierci, a owa świadomość miała znaczący wpływ na ich rozwój wewnętrzny. Mimo że powrót do dawnego życia generalnie uważa się za punkt docelowy terapii, zebrane przez nas dane świadczą, że wiele wdów i wdowców osiąga znacznie więcej: pod wpływem bezpośredniego kontaktu ze śmiercią stają się bardziej dojrzali, świadomi i mądrzejsi (2003, s. 151).

4. Zachowania patologiczne w starości i wobec osób starszych

Zachowania patologiczne są zjawiskiem egalitarnym – dotyczą każdej grupy społecznej, osób w każdym wieku i obu płci. Nie determinują ich znacząco wykształcenie, miejsce zamieszkania, wykonywany zawód ani pozycja społeczna. Jest to ten charakterystyczny sposób postępowania, który wyrządza krzywdę – samemu podmiotowi danego zachowania, innym osobom, a nawet całym zbiorowościom.

Starość jako faza życia nie jest wolna od patologii, a każda forma jej występowania wymaga podjęcia działań terapeutycznych i pomocowych, tym bardziej że senior – z racji wieku i pozycji społecznej – częściej jest ofiarą patologicznych zachowań niż ich sprawcą czy prowokatorem. Niemniej w przypadku pełnienia każdej z tych ról niezbędna jest pomoc, profilaktyka i edukacja w celu uniknięcia trudnych egzystencjalnie oraz krzywdzących osobę starszą i jej środowisko sytuacji.

4.1. Uzależnienia osób starszych

Uzależnienia osób starszych są problemem medycznym i społecznym, który jednak nie jest w Polsce wystarczająco badany, stąd większość danych na ten temat pozyskiwanych jest z analiz i opracowań amerykańskich.

W okresie starzenia się następują zmiany właściwości układu nerwowego, które nie tylko prowadzą do przekształceń w sferze poznawczej człowieka, lecz także powodują większą wrażliwość na działanie takich środków, jak alkohol i leki, będących główną przyczyną uzależnień w okresie późnej dorosłości (Hanć, Komorowska, Ziółkowska 2007, s. 66). Substancje z obu wspomnianych kategorii są w późnym wieku niebezpieczne dla zdrowia tak samo jak w młodości, jednak zachowują się nieco inaczej i trudniej jest je usunąć z organizmu, a także dłuższy jest czas ich rozkładu spowodowany tempem procesów metabolicznych oraz spadkiem objętości wody i tkanki tłuszczowej (Seńczuk 1994, s. 218). Wskutek tego taka sama dawka działać będzie na seniora mocniej, szybciej, a jej wpływ na organizm będzie się utrzymywać dłużej w porównaniu z osobą młodą (Seńczuk 1994).

Znacznie częściej badana jest problematyka uzależnienia od alkoholu niż od leków, ponieważ zjawisko to jest łatwiejsze do rozpoznania.

W procesie diagnozowania występowania uzależnień u osób powyżej 65. ro-
ku życia bierze udział kilka środowisk, których współdziałanie gwarantować powinno skuteczne rozpoznanie i terapię seniora. Do zespołu tego należą:

- rodzina i/lub najbliższe otoczenie osoby starszej;
- pracownik socjalny i/lub opiekunka;
- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarka;

- członkowie społeczności: sąsiedzi, współuczestnicy działań podejmowanych przez seniora (praca, parafia, organizacje i stowarzyszenia itp.).

Jednak diagnozowanie tego rodzaju problemów nie przebiega łatwo, a wpływać może na to kilka czynników:

- ogólna tendencja do badania problematyki uzależnień wśród osób młodych, którymi bardziej zainteresowani są zarówno naukowcy, służby społeczne, jak i otoczenie, społeczeństwo;
- stereotypy mówiące o tym, że picie alkoholu przez osoby starsze nie niesie za sobą szkód w rozumieniu społecznym, a sprawia przyjemność (jedną z nielicznych) starzejącym się osobom;
- autostereotypy, które powodują przypisywanie złego funkcjonowania (zapominanie, zachwiania równowagi fizycznej i stabilności psychicznej, dolegliwości fizyczne) starości, a nie nałogowi;
- bagatelizowanie problemu przez najbliższych, które może być związane z niewłaściwą opieką sprawowaną przez rodzinę, a także ignorowanie/niezauważanie oznak uzależnienia przez opiekunów socjalnych;
- izolacja społeczna i/lub samotność osób starszych, co zmniejsza prawdopodobieństwo fachowej interwencji;
- wstyd i skrępowanie niepozwalające seniorowi zwrócić się po pomoc;
- niewiedza na temat źródeł i form pomocy.

Za główne przyczyny sięgania po alkohol przez osoby starsze uznaje się specyfikę starości i związanej z nią sytuacji psychologicznej kreowanej przez kryzysogenny charakter tej fazy życia. Do głównych strat w tym okresie zalicza się:

- utratę pracy (przejście na emeryturę);
- utratę współmałżonka lub innej bliskiej osoby;
- pogorszenie się zdrowia, sprawności;
- obniżenie dochodów (zob. podrozdział *Kryzysy typowe dla okresu starości*).

- Za równie ważne uznaje się także inne czynniki, takie jak:
- płeć żeńska;
- izolacja społeczna;
- chroniczne dolegliwości fizyczne;
- wcześniejsze epizody psychiatryczne lub uzależnienie w przeszłości (Widlitz, Marin 2002, s. 30).

W Polsce ciągle brakuje badań, które pomogłyby oszacować skalę problemu alkoholizmu wśród osób starszych. W badaniach amerykańskich pisze się o grupie 1–15% seniorów w USA nadużywających alkoholu (w tym 10% to mężczyźni) (za: Suwała, Gerstenkorn 2006, s. 172). Najczęściej symptomy mogące mieć związek z alkoholizmem u osób starszych, takie jak: upadki, zaburzenia poznawcze, niedokrwistość, niedożywienie, wahania nastroju, niepewny chód, lekarze przypisują normalnemu procesowi starzenia się (Suwała, Gerstenkorn 2006, s. 173). Bardzo wiele problemów alkoholowych zostaje nierozpoznanych przez lekarzy, mimo ich bezpośredniego związku z licznymi dolegliwościami i chorobami (także przewlekłymi). Przyczyn jest wiele, a wśród nich dużą rolę pełnią: przekonanie, że interniści nie muszą się zajmować problemami uzależnień, brak lekarzy geriatrów, brak wiary w skuteczność interwencji, nieznajomość narzędzi wczesnego wykrywania, nieumiejętność stosowania testów, wywiadów, procedur postępowania w tego typu problemach, niskie kompetencje pracowników podstawowej opieki zdrowotnej zarówno w zakresie diagnozowania, jak i leczenia uzależnień.

Wczesne wykrywanie problemów alkoholowych u seniorów oparte jest najczęściej na kwestionariuszach – standaryzowanych narzędziach opracowanych w celu prowadzenia badań przesiewowych. Te powszechnie stosowane nie są odpowiednie dla pacjentów w starszym wieku, ponieważ diagnozują problemy alkoholowe na podstawie występowania społecznych, zawodowych i prawnych konsekwencji nadużywania, a one najczęściej w przypadku seniorów nie występują (Suwała, Gerstenkorn 2006, s. 174).

Za rozwiązania najlepsze i często używane do wczesnego wykrywania problemów alkoholowych wśród osób starszych uważane są: geriatryczny odpowiednik testu skonstruowany w 1991 roku na Uniwersytecie w Michigan – S-MAST-G, badanie ilości/częstotliwości picia i test CAGE z 1984 roku, które powinny być stosowane komplementarnie.

Do najistotniejszych symptomów problemów z alkoholem u osób starszych zalicza się:

- niepokój;
- zawroty głowy, utraty świadomości;
- pobudzenie lub depresję;
- dużą zmienność nastroju;
- dezorientację;
- upadki, siniaki, oparzenia;
- problemy rodzinne, finansowe;
- bóle głowy;
- zaniki pamięci;
- zaniedbania w higienie osobistej;
- niedożywienie;
- zaburzenia snu/bezsenność;
- izolację społeczna;
- nietypową reakcję na przyjmowane leki.

Wśród osób uzależnionych w starszym wieku wyróżnić można zasadniczo dwie grupy. Pierwszą stanowią ci, którzy nadużywają alkoholu od wczesnych lat (stanowią oni około dwóch trzecich uzależnionych) i udaje im się dożyć późnych lat życia mimo chorób i dolegliwości. Osoby takie rzadziej dożywają starości niż abstynenci lub pijący mało. Druga grupa – mniej liczna (około jednej trzeciej uzależnionych) – to osoby rozpoczynające picie problemowe w późnej dorosłości (Suwała, Gerstenkorn 2006, s. 173). U ludzi tych rzadziej występują problemy zdrowotne związane z nadużywaniem alkoholu, a ich objawy są maskowane przez oznaki starości. Ważną kwestią jest także częstsze popadanie w uzależnienie w fazie starości przez kobiety niż przez mężczyzn (Blow, Barry 2002, s. 308–315).

U seniorów, u których nie stwierdzono uzależnienia, a istnieje podejrzenie picia szkodliwego lub ryzykownego, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (także pielęgniarka, opiekun) powinien zastosować metodę krótkiej interwencji, polegającą na przekazaniu pacjentowi najistotniejszych informacji na temat niekorzystnego wpływu alkoholu na organizm starszej osoby (Blow, Barry 2002, s. 115–123).

Badanie i diagnozowanie zjawiska uzależnienia osób starszych są istotne ze względu na poważne i liczne skutki problemów alkoholowych, wpływające zarówno na jakość, jak i długość życia w starości.

Dla osób starszych zdrowie jest decydującym czynnikiem w kształtowaniu codzienności. Wielochorobowość jako cecha charakterystyczna starości powoduje konieczność ciągłego zaangażowania w leczenie, a farmakoterapia jest jednym z kluczowych jego sposobów. Nadużywanie środków farmakologicznych jest powszechne wśród osób w późnej dorosłości i z pewnością skala zjawiska jest większa niż w przypadku nadużywania innych środków, np. alkoholu. Przyczyn tego zjawiska można szukać na wielu płaszczyznach. W Polsce dramatyczny brak geriatrów skutkuje nieodpowiednim kompleksowym leczeniem pacjentów, którzy zdani są na lekarza domowego i innych specjalistów, bez lekarza koordynującego całość specyficznego procesu leczenia starszego pacjenta. Zaobserwować można także niewielki udział innych form terapii niż farmakoterapia. W szczególności przy dolegliwościach natury psychicznej rozwiązań szukać należy w poradnictwie, psychoterapii, wsparciu społecznym. Takie formy kompensacji oddziaływań farmaceutycznych wymagają zmiany podejścia do leczenia nie tylko lekarzy, ale i samych pacjentów, ich rodzin, a w szczególności organizatorów pomocy i wsparcia osobom starszym. Dużym problemem jest samoleczenie seniorów, którzy przekonani o własnych umiejętnościach w tym zakresie i często zrezygnowani po niesatysfakcjonujących wizytach u lekarzy przejmują leczenie samych siebie. Zachęcani są do takich działań również przez reklamy środków medycznych i paramedycznych pomagających

we wszelkich dolegliwościach, a także kuszeni ofertami promocji w aptekach i niskimi cenami paramedykamentów oraz suplementów diety.

Świadomość możliwości zastąpienia farmakoterapii w przypadku niesomatycznych dolegliwości zaangażowaniem społecznym, terapią zajęciową, udziałem w grupach samopomocowych, psychoterapią może skutkować zmniejszeniem poddawania się leczeniu medykamentami w sytuacjach, gdy istnieje dla niego alternatywa. Wielość leczonych farmakologicznie chorób i różne trudności w leczeniu związane z procesem starzenia się w połączeniu z nieświadomym bądź świadomym niewłaściwym stosowaniem medykamentów skutkują wyjątkowo dużym udziałem tej grupy wiekowej w zjawisku nadużywania leków. Seniorzy przyjmują ich tak dużo, że znalezienie granicy oddzielającej prawidłowe spożycie od nadużycia jest bardzo trudne. Przepisywane przez lekarzy bądź kupowane bez recepty środki przeciwbólowe, nasenne, przeciwdepresyjne i inne łatwo stają się uzależniające.

Według danych z nielicznych badań nad uzależnieniem osób starszych od farmaceutyków wynika, że około 0,5% seniorów w dużym stopniu nadużywa lekarstw (Helmchen, Linden, Wernicke 1996, za: Sperling, Biermann, Reulbach 2006, s. 376). Inni badacze tego zjawiska wskazują na znaczny wzrost liczby lekomanów w młodszych grupach wiekowych oraz na zmiany w udziale ze względu na płeć w perspektywie czasowej. Mężczyźni w młodości (w przedziale wiekowym do 39. roku życia) czterokrotnie częściej niż kobiety uzależniają się od farmaceutyków, osiągając odsetek rzędu 0,4%. Później proporcje te się zmieniają i choć liczba uzależnionych mężczyzn wzrasta ponad dziesięciokrotnie, to szacuje się, że około 5,5% kobiet w wieku powyżej 70 lat ma problemy z uzależnieniem od leków (Jasper 2002, s. 255).

Badania amerykańskie mówią, że wielkość populacji osób uzależnionych powyżej 65. roku życia mieści się w przedziale 2–20%, przy czym odnotowano wzrost spożywania leków przez osoby z tej grupy wiekowej w latach 1995–2002 o 106% u mężczyzn i 119% u kobiet, zażywanie opiatów natomiast wzrosło

do roku 2005 z 6,6% w 1995 do 10,5% (por. *The DASIS report...* 2005). Większość uzależnionych osób starszych borykała się z tym problemem już we wcześniejszych fazach życia, jednak 30% z nich popada w nałóg właśnie w okresie starości (Hanć, Komorowska, Ziółkowska 2007, s. 66).

Amerykańscy badacze szacują, że osoby starsze przyjmują około 30% wszystkich przepisywanych leków, wśród nich najwięcej jest środków uspokajających i przeciwlękowych, które prowadzą do uzależnienia (Benshoff, Harrawood, Koch 2003, s. 44). Polskie dane mówią o średniej liczbie pięciu leków, jaką przyjmują dziennie seniorzy w Warszawie (Piasecka-Sobkiewicz 2013).

Uzależnienia osób starszych przebywających w placówkach opiekuńczych i leczniczych (oddziałach opieki długoterminowej) stanowią osobne zagadnienie, różniące się znacznie od problematyki nałogów osób żyjących we własnych domach, środowiskach, rodzinach. Różnice występują nie tylko w zakresie dostępności substancji uzależniających, ale i możliwości diagnozowania i terapii. Sposobność do (ryzykownego) zażywania tego rodzaju środków przez pensjonariuszy zależy w dużym stopniu od jakości sprawowanej opieki. Niedozwolone są posiadanie i spożywanie alkoholu (a także innych używek) w domach opieki, tym bardziej że część pensjonariuszy zazwyczaj dysponuje własnymi pieniędzmi i jest odwiedzana przez rodzinę, znajomych, co znacznie ułatwia dostęp do używek. Mieszkańcy takich placówek nie są również wolni od trosk (kryzysów), które najczęściej bywają przyczynami uzależnień. Ponadto zdarzają się patologiczne struktury i zwyczaje w instytucjach świadczących opiekę (także medyczną), polegające np. na podawaniu seniorom (znacznych) dawek środków uspokajających i nasennych w celu zatrzymania ich w łóżkach i obniżenia kłopotliwej dla personelu aktywności (por. Wawrzyniak 2007, s. 270).

Niewątpliwie personel medyczny i niemedyczny ośrodka, w którym przebywają osoby starsze, powinien być przygotowany do rozpoznawania symptomów uzależnienia oraz przede wszystkim – do zapobiegania tego rodzaju sytuacjom. W procesie

diagnozowania i profilaktyki niezwykle istotne jest, by rozmawiać z podopiecznymi o ich sprawach i troskach, a podczas rozmów aktywnie słuchać, akceptować i zdobywać zaufanie, także dzięki nieosądzaniu.

W przypadku zdiagnozowanego uzależnienia dużego znaczenia nabierają czynniki zewnętrzne – działania aktywizujące mogą stanowić efektywną terapię. Profesjonalna opieka nad seniorami powinna charakteryzować się takim zakresem aktywności oraz wsparcia, by nie musieli oni szukać złudnej pociechy w używkach. Działania profilaktyczne są skuteczniejsze, tańsze (także w rozumieniu pozafinansowym) od działań naprawczych, są też bardziej humanitarne.

Terapia osób uzależnionych podzielona jest na cztery fazy. Pierwszą stanowi ukształtowanie odpowiedniej motywacji. To od niej w głównej mierze będzie zależała prawidłowa realizacja działań, których zwieńczeniem jest uwolnienie się od nałogu. Bez chęci zmiany swojej postawy i swojego życia proces terapii nie ma szans powodzenia.

Kilka tygodni trwa kolejny etap – detoksykacja. Jest to fizyczne odtruwanie organizmu. Fizyczne uwolnienie się od nałogu jest tylko częścią terapii, najistotniejsze jest psychiczne pokonanie uzależnienia. Oznacza ono długotrwałą fazę uczenia się życia bez alkoholu czy innych substancji. Jej forma i czas trwania zależą od samego pacjenta, jego gotowości rozpoczęcia ostatniego etapu – rehabilitacji. Uzależnieni otrzymują ostatnią formę wsparcia, polegającą najczęściej na udziale w grupach samopomocowych i poradnictwie.

Charakterystyczne jest to, że po detoksykacji oferuje się starszym osobom raczej ambulatoryjną formę terapii niż stacjonarną, co oznacza, że pacjent nie przebywa w ośrodku całą dobę, lecz uczestniczy tylko w określonych zajęciach terapeutycznych. Z jednej strony dla osób starszych, którzy niechętnie zmieniają miejsce pobytu, proces ten przebiega łagodniej i bez dodatkowych obciążeń wynikających z nowego miejsca zamieszkania, z drugiej jednak – efektywność terapii może być niższa ze względu na częściej występujące przypadki

powrotu do spożywania alkoholu czy innych substancji w swoim środowisku oraz przerywania terapii.

4.2. Ubóstwo i niedostatek seniorów

W krajach rozwijających się i będących w okresie transformacji gospodarczej osoby starsze są grupą ludzi o dużym stopniu zagrożenia ubóstwem lub naznaczonych już niedostatkiem. Problem ten wiąże się w dużym stopniu z zagadnieniami jakości życia, zaspokajania podstawowych potrzeb oraz godności osób starszych.

Ubóstwo (określane także jako bieda i niedostatek) to brak dostatecznych środków materialnych do życia, zjawisko charakteryzujące się stanem życia poniżej pewnego, zmiennego w czasie, progu dochodowego lub progu realizacji potrzeb jednostki, rodziny, społeczności (Boczoń, Toczyski, Zielińska 1993, s. 319).

W określaniu, a następnie badaniu ubóstwa GUS posługuje się następującą terminologią:

- ubóstwo skrajne (minimum egzystencji/biologiczne) – jest modelem zaspokajania potrzeb bytowo-konsumpcyjnych na bardzo niskim poziomie, konsumpcja niższa od tego poziomu prowadzi do biologicznego wyniszczenia;
- ustawowa granica ubóstwa – to kwota, która zgodnie z obowiązującą ustawą o pomocy społecznej uprawnia do ubiegania się o przyznanie świadczenia pieniężnego z systemu pomocy społecznej;
- relatywna granica ubóstwa – to 50% średnich miesięcznych wydatków ogółu gospodarstw domowych;
- minimum socjalne – wyznacza minimalny godziwy poziom życia dla gospodarstwa jednoosobowego;
- ubóstwo subiektywne – dochód deklarowany przez respondentów jako ledwie wystarczający (*Ubóstwo w Polsce...* 2012, s. 2–5).

Mówiąc o ogólnie rozumianym dostatku, należy mieć na uwadze dochód, warunki życia oraz korzystanie z dóbr i usług, w

tym poziom konsumpcji, a także wyposażenie gospodarstwa domowego osób starszych.

Ze względu na opisywaną już w poprzednich rozdziałach niską aktywność zawodową osób starszych można sądzić, że głównym źródłem dochodów większości seniorów są świadczenie emerytalne lub rentowe, co potwierdzają dane zawarte w monografii PolSenior (ponad 85% badanych wskazało emeryturę jako źródło utrzymania) (Mossakowsla, Więcek, Błędowski 2012, s. 397). Liczba pobierających świadczenia z ZUS to około 5 mln osób (*Dochody i warunki życia...* 2012, s. 127).

Odsetek gospodarstw domowych emerytów zagrożonych ubóstwem skrajnym wyniósł w 2010 roku 3,9% i wzrósł w stosunku do poprzedniego roku o 0,1% (*Ubóstwo w Polsce...* 2011, s. 42). Natomiast Europejskie Badanie Warunków Życia wskazuje, że zagrożenie ubóstwem osób starszych zwiększyło się z 7,3% w 2005 roku do 14,4% w 2009 (za: Ciura 2012, s. 94). Wprawdzie wskaźnik ten jest niższy niż dla ogółu ludności, lecz ten ostatni na przestrzeni ostatnich lat spadał, podczas gdy wskaźnik zagrożenia ubóstwem osób powyżej 64. roku życia wzrastał (*Ubóstwo w Polsce...* 2011, s. 792).

Tabela 21. Struktura świadczeń emerytalnych wypłacanych przez ZUS w 2011 roku

Wysokość świadczenia (w złotych)	Emerytury (ilość w odsetkach)
500–800	4,5
800,01–1200,-	18,3
1200,01–1600,-	27,6
1600,01–2000,-	20,8
2000,01–2400,-	11,9
2400,01–2800,-	6,1
2800,01–3200,-	4,0
3200,01–3500,-	2,3
Powyżej 3500,-	4,5

Źródło: *Struktura wysokości emerytur i rent...* 2011, s. 4.

Z danych ZUS wynika, że taki sam odsetek emerytów pobiera najniższe świadczenie (do 800 zł), jak i najwyższe – powyżej 3500 zł, a najliczniejszą grupę (27,6%) stanowią seniorzy pobierający świadczenia do 1600 zł, czyli poniżej najniższej pensji dla osób pracujących w ramach umowy o pracę.

Istotne jest również to, że świadczenia emerytalne wypłacane w ramach ubezpieczenia rolniczego przez KRUS są blisko dwukrotnie niższe od tych wypłacanych przez ZUS, a emerytów rolników w Polsce jest ponad 1 mln (czyli około jednej piątej wszystkich emerytów). W 2004 roku przeciętna emerytura wynosiła 65% przeciętnego wynagrodzenia, w 2011 roku relacja ta wynosiła już poniżej 60% (Ciura 2012, s. 84).

Dawniej powszechniejsze było zabezpieczanie seniorów na wsi w postaci „dożywocia”, czyli obowiązku utrzymywania starych rodziców przez dzieci, którym przekazane zostało gospodarstwo rolne. Był to rodzaj zabezpieczenia socjalnego świadczonego przez rodzinę, zwanego też „łaskawym chlebem”, dzięki któremu seniorzy rodu po zakończeniu pracy w gospodarstwie na skutek starości i niesprawności mieli gwarantowany dach nad głową i zaspokojenie najniezbędniejszych potrzeb (Tryfan 1971, s. 126–

127). Najczęściej też zajmowali się wnukami, pomagali w prowadzeniu domu, wykonywali drobne prace na rzecz młodych, którzy stawali się gospodarzami ziemi i gospodarstwa. Współcześnie rolę tę przejął system państwowego zabezpieczenia socjalnego, a młodzi chętniej migrują do miast w poszukiwaniu lepszego życia i pracy.

Gospodarstwa domowe emerytów i rencistów liczą najmniej osób. Wskaźnik ten w 2010 roku wynosił 2,1 przy 2,89 dla wszystkich typów gospodarstw (Ciura 2012, s. 79). Biorąc pod uwagę wielkość gospodarstwa domowego oraz wysokość dochodów, wnioskuje się o jego pozycji w strukturze dochodowej *per capita* oraz o zagrożeniu ubóstwem, co wpływa znacząco na lokowanie gospodarstw emerytów w obszarze słabo sytuowanych.

Zgodnie z danymi Eurostatu za rok 2008 w Polsce zagrożonych ubóstwem było 12% osób powyżej 65. roku życia (Kubicki 2010, s. 3). Świadczy to o relatywnie dobrej sytuacji seniorów w porównaniu z innymi grupami demograficznymi i społecznymi w Polsce (zwłaszcza osobami bezrobotnymi oraz rodzinami wielodzietnymi), co przeczy powszechnej opinii o osobach starszych, że są one najuboższą grupą społeczną w Polsce.

Dane statystyczne z 2012 roku dementują tę opinię, wskazując wielkości wskaźników relatywnej granicy ubóstwa w gospodarstwach domowych emerytów (11,9%) w porównaniu z gospodarstwami małżeństw co najmniej z trojgiem dzieci (24,9%) i rolników (25,9%) (Rocznik Statystyczny RP 2013, s. 315, tabl. 9). Podobne relacje wskazują statystyki w kategorii ustawowej granicy ubóstwa: 3,6%, 13,4% 12,2% oraz minimum egzystencji: 4,3%, 9,8% oraz 11,1% (Rocznik Statystyczny RP 2013).

Seniorom nie grozi utrata dochodu w postaci emerytury, jak to ma miejsce w przypadku osób pracujących, które mogą w każdej chwili stracić zatrudnienie. Duża część osób starszych utrzymuje się jednak z rent, których nie charakteryzuje już tego rodzaju stabilność. Trudna pozycja ekonomiczna rodzin (np. popegeerowskich, długotrwale bezrobotnych, a przy tym wielodzietnych) pociąga za sobą zjawisko patologizujące życie rodzinne i społeczne w postaci „hodowania emeryta", czyli

sytuację, kiedy emeryt (lub rencista) jest jedynym członkiem rodziny ze stałym dochodem, co pozwala zadłużać się w jego imieniu (zaciąganie kredytów, pożyczek). Emeryt jest relatywnie dobrym klientem komorników, ponieważ egzekwowanie należności z ZUS nie napotyka szczególnych utrudnień, poza obniżającym się poziomem życia seniora (oraz osób pozostających na jego utrzymaniu – często chorych, najczęściej bezrobotnych).

Sytuacja materialna seniorów jedynie w niewielkim stopniu uzależniona jest od dochodów innych niż emerytura czy renta. Zgodnie z danymi GUS (*Zasięg ubóstwa w Polsce...* 2010) za osoby skrajnie ubogie można uznać 3,8% osób starszych. Dane z *Diagnozy społecznej 2011* (Czapiński, Panek 2011, s. 440–444) natomiast mówią, że w 2009 r. poniżej minimum egzystencji żyło 2% gospodarstw domowych emerytów, natomiast poniżej granicy subiektywnej ubóstwa znajdowało się ich 26,3%. *Diagnoza* podsumowuje, że trzech na pięciu polskich seniorów zaspokaja większość swoich podstawowych potrzeb, co ósmy z nich jest zagrożony ubóstwem, a co piętnasty–dwudziesty żyje w ubóstwie, w tym 2% w skrajnym.

Paweł Kubicki (2010, s. 73), analizując dostępne dane, przyjmuje, że trzech na pięciu polskich seniorów zaspokaja większość swoich podstawowych potrzeb, co ósmy z nich jest zagrożony ubóstwem (12–13% w zależności od przyjętej granicy ubóstwa relatywnego), a co piętnasty–dwudziesty żyje w ubóstwie, w tym 3,8% w skrajnym.

Coraz częściej pojawiają się postulaty, by mierząc poziom ubóstwa, kierować się poziomem deprywacji materialnej, czyli niezaspokojenia potrzeb związanych z sytuacją życiową w sferze materialno-egzystencjalnej. Takie podejście wskazuje na poziom niezaspokojenia podstawowych potrzeb materialnych seniorów, który w Polsce jest trzykrotnie wyższy od poziomu ubóstwa relatywnego (39% w porównaniu z 12%), podczas gdy np. w Wielkiej Brytanii jest on aż sześciokrotnie niższy (5% w porównaniu z 30%) (Kubicki 2010, s. 6). Rozbieżności te można wytłumaczyć przede wszystkim ogólnym poziomem rozwoju społeczno-ekonomicznego danego kraju. W krajach bogatszych

nawet osoby względnie ubogie mogą pozwolić sobie np. na tygodniowy wyjazd na wczasy, podczas gdy w krajach biedniejszych ubóstwo powiązane jest ze znacznie większym poziomem wyrzeczeń.

Sytuacja dochodowa emerytów wyraźnie różnicuje poziom i strukturę wydatków na tle wszystkich obywateli – głównie poprzez większe wydatki na żywność (28,7% przy 25,8% ogółu obywateli), opłaty mieszkaniowe i nośniki energii (22,3% przy 18,5% dla gospodarstw ogółem) oraz wydatki na zdrowie (7,9% przy przeciętnych wydatkach 4,6%) (*Budżety gospodarstw domowych*... 2009).

We wszystkich pozostałych kategoriach wydatków, np. na odzież i obuwie, wyposażenie mieszkania, rekreację, kulturę, udział w wydatkach gospodarstw emeryckich jest niższy niż dla przeciętnego gospodarstwa domowego.

Duży udział wydatków na zdrowie z budżetów seniorów związany jest z ich niesprawnością i wielochorobowością rosnącą wraz z wiekiem. Blisko 60% osób niepełnosprawnych to osoby powyżej 55. roku życia, co tłumaczy wysokie nakłady finansowe na usługi i świadczenia w sferze zdrowia i rehabilitacji. W latach 1988–2002 zbiorowość osób niepełnosprawnych zwiększyła się o 46% (*Osoby niepełnosprawne*... 2003, s. 24).

Gospodarstwa emerytów to te, których wyłącznym lub przeważającym źródłem utrzymania jest dochód ze świadczeń emerytalnych. Według danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku przeciętna powierzchnia użytkowa mieszkania w gospodarstwach domowych emerytów wynosiła 23,0 metra kwadratowego na osobę, w gospodarstwach domowych rencistów zaś 20,9.

Emeryci i renciści w porównaniu z innymi grupami społecznymi zajmują mieszkania stosunkowo mniejsze, ale pod względem powierzchni mieszkania przypadającej na jedną osobę – mieszczące się w grupie gospodarstw o średniej sytuacji mieszkaniowej. W gospodarstwach emerytów odnotowano najniższy wskaźnik przeciętnej liczby osób na izbę (0,78). Mieszkania emerytów i rencistów należą do najstarszych zasobów

mieszkaniowych, co oznacza niższy standard pod względem wyposażenia w podstawowe instalacje oraz duży stopień zużycia lokali, niewielkie i rzadkie nakłady w postaci remontów czy modernizacji.

Dane z europejskiego badania warunków życia ludności EU-SILC z lat 2007–2008 mówiły o 2,9% wielkości zasobów mieszkaniowych seniorów pozbawionych sieci z wodą, 8% nieposiadających wody ciepłej oraz 10,6% mieszkań emeryckich bez łazienki.

Sytuacja mieszkaniowa (wyposażenie i standard mieszkania) osób starszych jest gorsza w porównaniu z przedstawicielami innych grup wiekowych, jednocześnie w gorszych warunkach żyją starsi mieszkańcy wsi niż miast oraz samotni seniorzy (Kubicki 2010).

W Polsce widoczna jest feminizacja ubóstwa w starszych grupach wiekowych, co grozi deprywacją podstawowych potrzeb starszych kobiet oraz ich wykluczeniem z partycypacji w życiu społecznym, zwłaszcza w sytuacji osamotnienia. Projekt PolSenior (Mossakowska, Więcek, Błędowski 2012, s. 398) wskazuje na utrzymywanie się jednej trzeciej populacji seniorek z rent (ZUS) lub emerytur rolniczych, które stanowiły w 2010 roku 56,8% średniej emerytury pracowniczej.

Ubóstwo jest problemem społecznym, który dotyka osoby starsze i niepełnosprawne ze względu na niskie świadczenia i ograniczone możliwości zdobywania pomocy (materialnej i niematerialnej). W najgorszej sytuacji są seniorzy prowadzący jednoosobowe gospodarstwa domowe, a ich liczba będzie się zwiększać ze względu na wyższą śmiertelność mężczyzn/samotność kobiet, co stanowić powinno wskazówkę do zmian w zakresie ubezpieczeń społecznych i systemu pomocy socjalnej. Ubóstwo i osamotnienie sprzyjają w największym stopniu wykluczeniu społecznemu oraz załamaniu się jakości życia i godności seniorów. Konieczne zatem wydaje się wprowadzenie odpowiednich świadczeń pomocowych, między innymi w postaci usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych, w celu podniesienia lub chociażby utrzymania jakości życia starszych obywateli. Nowe

świadczenia – pieniężne lub w formie usług – rekompensowałyby koszty wynikające z konieczności korzystania z pomocy innych osób w wykonywaniu podstawowych funkcji życiowych. Rolę tę spełniać mogłyby np. wspominane już ubezpieczenia pielęgnacyjne.

Przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu jest bezsprzecznie priorytetowym zadaniem polityki społecznej.

4.3. Autodestrukcja – samobójstwa w starości

Skala zjawiska samobójstwa w różnych miejscach świata jest bardzo zróżnicowana. Dokładne określenie rzeczywistej liczby zgonów samobójczych jest niemożliwe, szczególne w grupie osób starszych. Z wielu względów rodziny samobójców starają się zatuszować rzeczywistą przyczynę śmierci, a lekarze, stwierdzając zgon, nie zawsze są też w stanie stwierdzić prawdziwy jej powód. Szacuje się, że około 25% wszystkich samobójstw na świecie popełniają osoby powyżej 65. roku życia (James, Gilliland 2005).

Dane z lat 1993–1995 zawierają wskaźniki (liczba dokonanych samobójstw przypadająca na 100 tys. osób w danym przedziale wiekowym) obrazujące skalę zjawiska dla przedziału wiekowego 65–74 lata w wielu krajach Europy, wśród których najwyższy odnaleźć można na Węgrzech (53,2), w Rosji (45,7), Bułgarii (34,7) oraz Austrii (33,2). W Polsce wskaźnik ten wynosił 17,8. W przedziale wiekowym 75 lat i więcej wskaźniki te są jeszcze wyższe i wynoszą: na Węgrzech – 96,0, w Rosji – 47,9, Bułgarii – 68,5, Austrii – 57,1, Szwajcarii – 50,6, Francji – 48,1, natomiast w Polsce – 14,9 (za: Tucholska 2006, s. 135).

Statystyki samobójstw seniorów w Polsce z 2004 roku wskazują na wzrost tego wskaźnika: 19,0 wśród osób powyżej 65. roku życia, 18,8 w grupie powyżej 75. roku życia (Binczycka-Anholcer 2005, s. 77). Ponadto analizy dokonane w latach 1960–1990 wykazują również wzrost zachowań suicydalnych w populacji seniorów (Binczycka-Anholcer 2005, s. 136).

Zachowania autodestruktywne, w tym samobójstwa, występują w znacznej mierze wśród osób objętych opieką psychiatryczną czy psychologiczną. Podłożem tych działań jest głównie stan depresyjny, który prowadzić może do samobójstw w każdym wieku, a ich liczba wśród seniorów jest niemal dwukrotnie wyższa niż w całej populacji (Alexopoulos 2002, za: Hanć, Komorowska, Ziółkowska 2007).

Depresja dotyka ponad 15% osób w podeszłym wieku i znacznie podnosi wskaźnik śmiertelności szczególnie u osób po 75. roku życia (Hanć, Komorowska, Ziółkowska 2007), jest także jedną z przyczyn uzależnień, w tym lekomanii. Charakteryzuje ją przewaga dolegliwości somatycznych i poznawczych nad emocjonalnymi – typowymi dla wieku młodego. Oznacza to, że pacjenci z depresją rzadko uskarżają się na smutek, przygnębienie, żal, a raczej na brak emocji, uczuć, utratę dotychczasowych zainteresowań i przyjemności czerpanej z aktywności (Hanć, Komorowska, Ziółkowska 2007). Depresja wieku podeszłego jest jednak rzadko rozpoznawana, zwłaszcza wśród podopiecznych w placówkach i zakładach opieki. Przyczyną jest niewystarczająca wiedza pracowników poszczególnych służb i placówek na temat dolegliwości, specyfiki funkcjonowania oraz wspierania ludzi starych.

„Lekarz spytał, czy miewam myśli samobójcze, na co ja z niejakim ociąganiem odparłem, że tak. Nie wdawałem się w szczegóły – jako że nie widziałem takiej potrzeby – nie wyjawiłem mu więc, że od pewnego czasu wiele przedmiotów w moim domu postrzegam jako możliwe narzędzia odebrania sobie życia: na belkach pod dachem na strychu (podobnie jak na którymś z rosnących przed domem klonów) mogę się powiesić, w garażu mogę się otruć, wdychając tlenek węgla, w wannie zaś mogę się wykrwawić z otwartych tętnic. Noże kuchenne w szufladzie miały dla mnie tylko jedno zastosowanie. Szczególnie pożądana wydawała mi się śmierć na skutek zawału serca, uwalniałaby mnie bowiem od wszelkiej aktywnej odpowiedzialności; rozważałem także możliwość rozmyślnego nabawienia się zapalenia płuc – np. długi spacer w lodowatym deszczu po lesie w koszuli z krótkimi rękawami”.

(Styron 2012, s. 81–82)

Uwarunkowania społeczne i rodzinne przyczyniają się znacznie do samobójstw czy eutanazji. Za czynniki istotne w podejmowaniu decyzji o zakończeniu swojego życia uznaje się, jak już wspomniano, stany psychiczne, a w szczególności depresje, ale też choroby fizyczne oraz uwarunkowania społeczne, takie jak: izolacja, samotność, trudności w relacjach międzyludzkich, utrata atrakcyjności społecznej i autonomii, zmiana pozycji społecznej, rodzinnej, a co za tym idzie – powstanie niełatwych sytuacji życiowych, niepewna i trudna przyszłość. Motywami podjęcia decyzji o targnięciu się na własne życie stają się także zmiany związane z prawidłowym procesem starzenia się, takie jak utrata sił czy otępienie zmysłów, których ciężar staje się niemożliwy do udźwignięcia przez jednostkę. Bez względu na towarzyszące i współistniejące okoliczności problemem pozostaje poznanie zjawiska, potrzeb oraz warunków funkcjonowania osób starszych dopuszczających się aktów samobójczych.

Samobójstwo może być realizowane różnymi metodami – od gwałtownych (np. powieszenie się), po przedłużające się, powolne (np. głodzenie się, nieprzyjmowanie leków), poprzedzone chorobą (depresją), zażywaniem środków psychotropowych czy alkoholizowaniem się. Samobójstwa nie należy postrzegać jako impulsywnego, spontanicznego czynu. Problematyka motywów i przebiegu tego skomplikowanego poznawczo zdarzenia jest niezwykle złożona, zatem inspirujące jest podejście Brunona Hołysta (1983), który samobójstwo określa jako długotrwały – trwający niekiedy całymi latami – ciąg wzajemnie powiązanych myśli i czynów. Z takim ujęciem koresponduje rozumienie samobójstwa jako rezultatu wielowymiarowego stanu złego samopoczucia u osoby o niezaspokojonych potrzebach, która skończenie własnego życia uważa za jedyne rozwiązanie problemu (James, Gilliland 2005). Takie postrzeganie samobójstwa nakłada konieczność poznania całej sfery funkcjonowania człowieka (jest to szczególnie istotne, gdy analizie poddaje się przypadek człowieka starszego, którego przeżycia są często dużo bogatsze ilościowo i bardziej złożone jakościowo niż osoby młodej), by poznać owe myśli i czyny implikowane jego specyficzną, trudną

sytuacją. Opisany przez B. Hołysta (2002, s. 121) suicydogenny układ sytuacyjny zawiera w sobie splot czynników i różnych okoliczności, które do samobójstwa prowadzą, wykluczając właściwie istnienie jednej (czy nagłej) przyczyny. W okresie starości mogą istnieć czynniki zaburzające (normalne) funkcjonowanie człowieka oraz specyficznie wpływające na decyzję o zakończeniu życia.

Na odmienność aktów suicydalnych w różnych grupach wiekowych zwraca uwagę Marta Cichocka, pisząc:

> Jak się wydaje, decyzja o samobójstwie jest przez ludzi starych podejmowana w stanie skrajnej determinacji i nie ma w niej raczej motywów spotykanych w młodszych grupach wiekowych typu „wołanie o pomoc", zwrócenia na siebie uwagi otoczenia i innych (2006b, s. 100).

Sam akt agresji opisywany przez autorkę nie jest samobójstwem, lecz parasamobójstwem. W samobójstwie celem jest własne unicestwienie, a w przypadku parasamobójstwa (często występującego w młodszych grupach wiekowych) – chęć zmiany dotychczasowego stanu przy wykorzystaniu wsparcia innych. Osoby starsze dokonują aktów suicydalnych w miejscach i o porach wykluczających ewentualną pomoc innych osób. Najczęściej do prób samobójczych seniorów dochodzi w domu, co w dużej mierze gwarantuje ich powodzenie.

Za czynniki samobójstw szczególnie istotne w przypadku osób starszych, oprócz samego obciążenia wiekiem, uznać powinno się zwłaszcza status materialny i społeczny, stan cywilny (wdowieństwo), rodzinę (rozluźnienie więzi, konflikty), miejsce zamieszkania (anonimowość w dużych grupach, w miastach), przewlekłe choroby (somatyczne, nowotworowe, psychiczne), utratę pracy (wiek okołoemerytalny). Ryzyko zachowań suicydalnych jest większe w przypadku osób przewlekle chorych oraz po stracie współmałżonka (zarówno w wyniku śmierci, jak i rozwodu). Samotne zamieszkiwanie seniorów ma również duże znaczenie. Osoby owdowiałe lub rozwiedzione zamieszkujące samotnie bądź w placówce najczęściej dokonują samobójstw – ich

współczynnik w tej grupie jest czterokrotnie wyższy niż wśród osób zamieszkujących z partnerami bądź wolnych. Badania cytowane przez Marzenę Binczycką-Anholcer (2005, s. 78) dowodzą, że śmierć współmałżonka przyspiesza śmierć osamotnionej osoby, a najtrudniejszy jest pierwszy rok po tym zdarzeniu. Przejście krytycznego czasu zapewnia poprawne przeżycie żałoby.

Zły stan zdrowia, a w szczególności choroby nowotworowe, neurologiczne, cukrzyca, a także schorzenia powodujące ból i niepełnosprawność fizyczną oraz wszelkiego rodzaju zaburzenia psychiczne, może w znacznym stopniu przyczynić się do podjęcia decyzji o targnięciu się na własne życie. Zaobserwować można także wzrost aktów samobójczych po zmianie miejsca zamieszkania. Najczęściej jest to niechciana przeprowadzka do placówki opiekuńczej.

Osoby starsze w wyniku pojawienia się powyższych sytuacji mają trudności z utrzymaniem funkcjonowania na wcześniejszym poziomie, często zdarza się, że nie mogą pełnić dotychczasowych ról społecznych i nie potrafią znaleźć sobie nowego miejsca w społecznościach, w których wiodą swoje życie – w rodzinach, wspólnotach, różnego rodzaju grupach: koleżeńskich, zawodowych. Szczególnie destruktywne może się okazać wdowieństwo, ale również czynniki związane z pozycją materialną (świadczenia emerytalne i rentowe), statusem społecznym (emeryta, seniora wymagającego opieki i/lub świadczeń socjalnych). Z sytuacją tego rodzaju wiązać się mogą również gorsza pozycja w rodzinie, mniejsze poczucie własnej wartości, ujemny bilans życiowy, kontestacja własnego życia i dokonań. Poczucie izolacji i osamotnienia (wdowieństwo, samotność, zaniedbanie przez najbliższych) jest poważnym czynnikiem ryzyka, któremu towarzyszą inne, takie jak: utrata pracy, problemy socjalne, niski status socjoekonomiczny, przewlekłe zespoły bólowe (Binczycka-Anholcer 2005, s. 78–80).

Uznać zatem można, że samobójstwa osób starszych są najczęściej wyrazem ich skomplikowanej sytuacji psychicznej i emocjonalnej oraz rezultatem małego zainteresowania,

nieskutecznej pomocy, braku wsparcia, a także słabnących więzi w rodzinie i społecznościach, osamotnienia oraz często wadliwego systemu socjalnego.

Czynnikami ułatwiającymi podjęcie decyzji o samobójstwie są uzależnienia – prawie co trzecie popełniane przez polskich seniorów następuje pod wpływem alkoholu (Binczycka-Anholcer 2005, s. 79).

Tabela 22. Czynniki ryzyka suicydalnego

Grupa czynników	Opis czynników
Czynniki fizyczne	choroby nowotworowe, choroby neurologiczne, utrata sprawności fizycznej, unieruchomienie, zaburzenia zmysłów (szczególnie wzroku)
Czynniki psychiczne	depresja, stres, choroby psychiczne, otępienie, utrata małżonka, utrata najbliższych, uzależnienie od alkoholu, uzależnienie od leków, problemy z aklimatyzacją w nowych warunkach, osamotnienie, przemoc psychiczna
Czynniki społeczne	izolacja, spadek statusu społecznego, osamotnienie, przyzwolenie społeczne na samobójstwa osób w starszym wieku, brak wsparcia społecznego
Czynniki rodzinne	izolacja, zmiana ról w rodzinie, osłabienie więzi rodzinnych, zaniedbanie ze strony rodziny, przemoc wobec seniorów, opuszczenie
Czynniki ekonomiczne	poczucie zagrożenia ekonomicznego, pogorszenie statusu materialnego, utrata niezależności materialnej, uzależnienie i/lub zaniedbanie ekonomiczne (przemoc ekonomiczna)

Źródło: opracowanie własne J.K. Wawrzyniak.

Akt samobójczej śmierci bywa nader często manifestacją – nie tylko odczuwanego nieszczęścia, lecz także autonomii oraz prawa do decyzji o tym, jak rozwiązać ten (osobisty) dramat. Jest to informacja dla otoczenia, a jednocześnie działanie zgodne ze stylem życia jednostki i jej postawami prezentowanymi w fazie (późnej) dorosłości, wynikającymi z przeżywanych kryzysów (Nerło 2007, s. 78).

Wśród rodzajów samobójstw osób starszych, uwzględniających ich specyficzną sytuację społeczną i osobistą, wyróżnia się:

- **Samobójstwo egoistyczne** jako efekt oddalenia od grupy, spowodowanego zanikiem więzi, a skutkującego izolacją, osamotnieniem.
- **Samobójstwo fatalistyczne**, które wiąże się z chorobą, najczęściej przewlekłą, jaką jest np. depresja, oraz z biedą i niedostatkiem, deprywacją potrzeb. Taki stan rzeczy jest wspierany przekonaniem osoby starszej o nieodwracalności własnego losu.
- **Samobójstwo altruistyczne**, gdy człowiek starszy decyduje się na zakończenie własnego życia powodowany troską o dobro najbliższych. Najczęściej dojmujące jest poczucie obarczania najbliższych swoją osobą i potrzebami, bycia ciężarem dla rodziny, komplikowania jej egzystencji, przekonanie o trudnościach, jakie wynikają dla najbliższych z powodu braku samodzielności seniora, potrzeby pomocy i wsparcia (często także finansowego). Samobójstwo w tego rodzaju sytuacji psychoemocjonalnej osoby starszej w jej rozumieniu przynosi ulgę najbliższym i uwalnia ich od kłopotów.
- **Samobójstwo protestujące**, mogące wskazywać na problemy w adaptacji do starości jako okresu obniżonej sprawności psychomotorycznej oraz pogarszania się zdrowia i zawężania zakresu aktywności. Pod tym względem przyczyny samobójstwa protestującego są bliskie powodom samobójstwa altruistycznego, choć w przypadku pierwszego duże znaczenie mieć może również obawa przed przeniesieniem seniora do placówki opiekuńczej.
- **Samobójstwo wyprzedzające** – występuje wtedy, gdy człowiek uczestniczący w traumatycznym umieraniu bliskiej osoby podejmuje decyzję o samodzielnym zakończeniu własnego życia, nie chcąc dopuścić do znalezienia się w podobnej sytuacji. Podstawą takiej decyzji są poczucie bezradności oraz obawa przed własnym cierpieniem (por. Jarosz 2004; Bugajska 2007).

Należeć do siebie

„Gdy piszę te słowa, około trzydziestu lekarzy maltretuje hiszpańskiego dyktatora Francisca Franco, będącego już tylko rzężącym szkieletem, diabelskimi sztuczkami medycznymi, dzięki którym życie od kilku tygodni praktycznie nieobecne można będzie przedłużyć o jeszcze kilka godzin lub dni. Zawsze żywiłem największą niechęć do tego okrutnego, a nawet żądnego krwi człowieka. Teraz jednak obserwowanie, jak poniżają się lekarze odurzeni swoją techniką, jest dla mnie nie do zniesienia. Chciałbym do nich zawołać: przestańcie! Czyż chcecie być tak nieludzcy, jak nieludzka była ta ofiara waszej budzącej grozę sztuki rzeźniczej i zdeprawowanej mechaniki precyzyjnej?” .

(Améry 2007, s. 214)

Podjęcie konkretnych czynności dążących do odebrania sobie życia uwarunkowane jest różnymi czynnikami. Przystąpienie do realizacji zamierzeń ma charakter indywidualny. Każde zachowanie, wypowiedź, postawa mogące sugerować poważne zainteresowanie samobójstwem nie powinny być lekceważone przez najbliższe otoczenie, opiekunów, członków rodziny. Można wyróżnić pięć typowych faz poprzedzających akt samobójczy:

- Zawężenie uwagi: Zainteresowania i myśli koncentrują się wokół jednego problemu, postrzeganego jako beznadziejna sytuacja życiowa; kontakty społeczne zostają ograniczone.
- Hamowanie agresji: Agresja wobec innych nie jest artykułowana, ujawnia się jedynie w formie poczucia winy względem siebie.
- Ucieczka w fantazje: Fantazje skupiają się na własnej śmierci, pogrzebie, żałobie osieroconych.
- Konkretne planowanie i przygotowania: Następuje proces szczegółowego planowania i przygotowań, np. gromadzenie leków.
- Cisza przed burzą: Faza odprężenia, spokoju, błogości w sytuacji poczucia przygotowania się do aktu (Jasper 2002, s. 258–259).

Osoby samotnie zamieszkujące w mniejszym stopniu mogą zdać się na działania profilaktyczne i interwencję odpowiednich

służb z racji ograniczonego kontaktu ze światem zewnętrznym, a także ze względu na brak świadomości, pewnej kultury korzystania z pomocy psychologicznej. W rodzinie czy w placówce opiekuńczej łatwiej dostrzec niepokojące sygnały i w porę przedsięwziąć odpowiednie kroki. Starość jest jednak czasem częstego przebywania z samym sobą, czego nie można wprawdzie uznać za sytuację patologiczną, ale co może utrudniać rozpoznanie problemów mogących prowadzić do autoagresji. Oczekiwane działania profilaktyczne koncentrować się więc będą nie tyle wokół niedopuszczania do osamotnienia, ile wokół życzliwego wysłuchiwania i obserwacji, niebagatelizowania niepokojących oznak ani tematyki związanej z zakończeniem życia.

Szczególny rodzaj aktu suicydalnego określany jest mianem samobójstwa wspomaganego, w którym konieczna jest pomoc innej osoby lub osób. Decyzja o skróceniu swojego życia w obliczu cierpienia, śmiertelnej choroby i braku nadziei na poprawę sytuacji najczęściej nie może zostać zrealizowana bez pomocy drugiej osoby/osób. Ten specyficzny rodzaj samobójstwa bywa częściej nazywany eutanazją, która jest znacznie bardziej kontrowersyjna moralnie niż „zwykłe" samobójstwo. Traktowana bywa często na równi z zabójstwem, choć obserwuje się coraz powszechniejsze łagodzenie stosunku do szczególnych jej przypadków w prawie różnych krajów Europy i USA. Eutanazję (z gr. *eu thanatos* – ‘dobra śmierć’) można określić jako zabicie człowieka na jego żądanie pod wpływem współczucia dla niego, działanie to kierowane jest potrzebą godności umierania. Jedną z przyczyn zmieniającego się podejścia do eutanazji jest kryzys współczesnej opieki społecznej w krajach rozwiniętych, ułatwiający rozpowszechnianie i akceptację eutanazji głównie z powodu nieumiejętności pomagania, łagodzenia bólu psychicznego i fizycznego w sytuacji wydłużającego się życia, wysokich kosztów leczenia dyskryminujących osoby przewlekle chore i starsze oraz kryzysu rodziny, dla której starsi członkowie bywają obciążeniem ekonomicznym i psychicznym.

4.4. Przemoc wobec osób starszych

Współcześnie pozycja człowieka starego spada nie tylko dlatego, że jego mądrość się dewaluuje w wielu sferach cywilizacyjnych i technologicznych, lecz także ze względu na jego odmienne potrzeby, w tym zwolnienie tempa życia, czy niechęć do zmian. W okresie starości istotnego znaczenia nabierają dom i rodzina, jako środowisko odniesienia oraz miejsce realizacji potrzeb i rozwoju. Jeśli w środowisku tym seniorzy spotykają się z przemocą, poważnej deprywacji ulegają potrzeby: bezpieczeństwa, akceptacji, szacunku i godności, stabilizacji, a także możliwości samorealizacji oraz poczucie satysfakcji. Dodatkowo w sytuacji wydłużania się życia ludzkiego i zwiększania się populacji seniorów potęgują się jednocześnie problemy samotności, odrzucenia, bezdomności ludzi starych czy wreszcie zabójstw i samobójstw.

Złe traktowanie osób starszych to

> [...] destrukcyjne zachowania wobec nich pojawiające się w kontekście relacji opartych na zaufaniu. Ich natężenie i częstotliwość prowadzą do fizycznego, psychologicznego, społecznego i finansowego zranienia osoby starszej, a ich konsekwencją jest cierpienie, zranienie, ból lub złamanie praw osoby starszej i gorsza jakość życia w wieku starszym (Freeman 2008, s. 221).

Definicja złego traktowania osób starszych odnosi się

> [...] do umyślnych, celowych działań, które powodują krzywdę lub stanowią poważne zagrożenie doznaniem krzywdy – zamierzonej i/lub niezamierzonej (Twardowska-Rajewska, Rajewska de Mezer 2005, s. 448).

Nadużycia wobec ludzi starszych postrzega się jako wynikające z nieodpowiedniej opieki, jako problem władzy, kontroli i nierówności.

Przemoc wobec seniorów jest zjawiskiem występującym zarówno w środowisku domowym, jak i w instytucjach opiekuńczych, leczniczych. Odsetek osób starszych doświadczających przemocy oscyluje wokół 6%, ofiarami są nierzadko niepełnosprawni umysłowo i fizycznie, w większości kobiety. Jak podaje PolSenior (Mossakowska, Więcek, Błędowski 2012, s. 498), spośród seniorów zgłaszających choć raz przemoc wobec siebie doświadcza jej kilka razy w tygodniu jeden na stu ankietowanych. Dwukrotnie więcej doznaje przemocy kilka razy w roku. Najczęściej przemoc wynika ze zjawiska nadużycia władzy i/lub nadużycia zaufania. Sprawcami przemocy wobec osób starszych bywają także inni seniorzy – współmieszkańcy. Czasami rozróżnienie agresora i ofiary jest niemożliwe, gdyż uczestnicy konfliktu przybierają obie role.

Tabela 23. Formy przemocy bezpośredniej wobec osób starszych

Forma przemocy bezpośredniej	Rodzaje aktów przemocy
Przemoc fizyczna i seksualna	bicie, obezwładnianie, popychanie, zmuszanie do jedzenia, ograniczanie przestrzeni fizycznej, nadmierne podawanie leków w celu uspokojenia, zaniedbywanie czynności pielęgnacyjnych, pozostawianie bez opieki, zabranianie niektórych czynności, np. śpiewania, wykorzystywanie seksualne, zabranianie praktyk seksualnych
Przemoc psychiczna/ emocjonalna	nieposzanowanie godności i prywatności, agresja słowna, grożenie, obrażanie, wyzywanie, rozkazywanie, lekceważenie, wyśmiewanie, drwienie, obrażanie, straszenie, grożenie zerwaniem więzi (i osamotnieniem), ignorowanie, krytykowanie, poniżanie – także w obecności innych osób, domaganie się posłuszeństwa we wszystkich dziedzinach życia rodzinnego, szantaż emocjonalny, zmuszanie do czynności, które są upokarzające i/lub wstydliwe, unikanie kontaktu, dyscyplinowanie, zaniedbywanie potrzeb emocjonalnych, kulturalnych i oświatowych
Przemoc ekonomiczna	niewłaściwe rozporządzanie majątkiem, kradzież, niesprawiedliwe dysponowanie współwłasnością, wyłudzanie, ograniczanie dostępu do swobodnego dysponowania własnością, zaniedbanie materialne, nadużycia materialne, które mogą polegać na wyłudzaniu, oszustwach, zawłaszczanie majątku lub oszczędności
Przemoc systemowa	Rodzaje aktów przemocy
Uwarunkowania systemowe wpływające negatywnie na opiekę nad osobami starszymi	nieadekwatna polityka społeczna wobec osób starszych, złe rozwiązania systemowe w opiece ambulatoryjnej, brak wsparcia rodzinnych opiekunów osób starszych ze strony odpowiednich instytucji, nieodpowiednie uregulowania prawne: karne administracyjne, ministerialne, samorządowe itp., niedostateczne dofinansowanie leków/zabiegów przeznaczonych dla osób starszych, nieodpowiedni system szkolenia i profesjonalizacji kadr wspomagających seniorów, niesprawiedliwe decyzje sądów, urzędów krzywdzące osoby starsze, nieadekwatne dofinansowanie rehabilitacji i inne
Przemoc kulturowa	Rodzaje aktów przemocy
Postawy społeczne utrudniające realizację potrzeb osób starszych	przyjęte wzorce kulturowe, idee, przyzwolenie społeczne, kanony, system wartości, które negatywnie warunkują postawy innych wobec osób starszych

Źródło: opracowanie własne A. Fabiś.

Poruszając problematykę przemocy, należy zwrócić uwagę na jeszcze jedną ważną kwestię, która nie jest dostrzegana ani traktowana poważnie w codziennym życiu, a ma duże znaczenie

dla poprawności relacji międzypokoleniowych, międzyludzkich oraz dla samopoczucia osób starszych – poczucie wartości.

Jest ono kreowane w przypadku seniorów głównie przez czynniki zewnętrzne, uwarunkowane w dużym stopniu najbliższym otoczeniem, zwłaszcza w przypadku osób zależnych od innych w sprawach opieki i pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Poczucie to może być zachwiane przez zwracanie się do seniorów per „babciu", „dziadku" np. przez pracowników służby zdrowia lub opiekunów socjalnych, mówienie o nich jak o osobach trzecich, nieobecnych oraz ignorowanie przy tym ich obecności i zaangażowania w temat rozmowy, który bezpośrednio ich dotyczy. Zwroty o charakterze lekceważącym w pracy urzędników oraz pracowników służb społecznych/państwowych są poważnym zaniedbaniem, głównie edukacyjnym. Niedobrze jest zwłaszcza, gdy pedagodzy lub osoby pracujące z seniorami wypowiadają się o nich: „staruszkowie", nawet jeśli określenie to jest poprzedzone przymiotnikiem „cudowni". Sformułowanie takie, jakkolwiek pełne pozytywnych emocji, jest deprecjonujące i lekceważące – seniorzy to nie niepełnowartościowe osoby czy dorośli o mentalności dzieci (o których mówimy często „dzieciaczki" – nawet jeśli chodzi o tak ważne kwestie, jak ustanawianie obowiązku szkolnego czy podejmowanie działań pomocowych wobec nich). Senior to osoba dorosła o określonej osobowości i doświadczeniu, nawet jeśli wymaga pomocy i opieki.

Kolejnym zagadnieniem wartym rozważenia w odniesieniu do pracy z osobami starszymi jest stosowanie w kontaktach z nimi infantylnego słownictwa i sposobu wymawiania słów – jakby były kierowane do dziecka, a właściwie niemowlęcia, stąd nazwa *babytalk* dla określenia tego rodzaju komunikacji (jednostronnej) z osobami starszymi. Wprawdzie komunikacja w rodzaju *babytalk* stosowana jest najczęściej w kontaktach z seniorami wymagającymi działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych, jednak fakt ten nie powinien dawać przyzwolenia na deprecjonujące i ujmujące godności zachowania wobec nich.

Babytalk jako sposób zwracania się do seniorów najczęściej pojawia się w placówkach opiekuńczych oraz w sytuacjach

świadczenia pomocy i zabiegów pielęgnacyjnych. Nie zawsze jest uświadamiany jego negatywny charakter – zdarza się, że opiekunowie, służba zdrowia, pracownicy socjalni, a także członkowie rodzin posługują się *babytalk* w przeświadczeniu o tym, że jest odpowiednim sposobem komunikowania się z seniorem, którego – zgodnie ze stereotypem – uważa się za zdziecinniałego. Stereotyp starości i człowieka starego po raz kolejny usprawiedliwia krzywdzące postawy. Starość uznajemy za fazę bliską infantylizmowi z powodu przeświadczenia o inwolucji rozwojowej, stąd senior, zwłaszcza chory, niesamodzielny, wymagający opieki, to dla opiekunów/rodziny zdziecinniała postać osoby dorosłej, co usprawiedliwia traktowanie go jak dziecka – nierozumiejącego wszystkiego, bezwolnego, wymagającego pielęgnacji.

Innym negatywnym zwyczajem jest zwracanie się do starszych pensjonariuszy domów opieki po imieniu, czyli per „ty". Ten pozornie przyjazny sposób komunikacji w istocie pojawia się w instytucjach opieki (totalnych) w relacjach opartych na dominacji jednej ze stron. Wykorzystywanie przewagi opiekuna/terapeuty w środowisku pracy w kontaktach z osobą w pewnym sensie podwładną/zależną jest zachowaniem nieprofesjonalnym, naruszającym godność seniora, traktowaniem go jak osoby o niższym statusie, mniej wartościowej. Zwracanie się po imieniu czy po prostu przez „ty" do podopiecznego jest częste w placówkach (domach opieki, domach dziennego pobytu, zakładach opiekuńczo-leczniczych) i zwykle usprawiedliwiane bliskimi relacjami z podopiecznymi, choć bardzo często jest to jednostronne – personel zwraca się po imieniu do pensjonariuszy, znaczenie rzadziej seniorzy mówią na „ty" do opiekunów, pielęgniarek, terapeutów. Czują, że są w niższej pozycji względem osób, które świadczą im pomoc, opiekę, które są profesjonalistami. Uważają, że są od nich niejako zależni, że powinni być zadowoleni i wdzięczni bez względu na jakość oraz okoliczności towarzyszące procesowi opieki i pomocy. Gorsze od „tykania" seniorów jest zwracanie się do nich per „dziadek", „babcia", co miewa miejsce także w urzędach i ośrodkach zdrowia.

Taki sposób komunikowania się z osobami starszymi jest niewłaściwy i nie usprawiedliwia go ani sympatia, ani bliskie relacje, jest dowodem na brak profesjonalizmu oraz deprecjonujące traktowanie drugiego człowieka.

W każdym z tych przypadków zapomina się, że senior to osoba dorosła, dojrzała, o określonych doświadczeniach, przeżyciach, osobowości i dorobku osobistym. Bez względu na to, jak potoczyło się jego życie i w jakiej obecnie znajduje się sytuacji, nic nie usprawiedliwia traktowania go bez szacunku ani odbierania mu godności. Współcześnie, kiedy wciąż rosną szanse na dożycie późnej starości przez większość dorosłych i młodych osób w europejskich społeczeństwach, powinniśmy zwracać szczególną uwagę na to, by nie powielać takich praktyk, które za kilka dekad mogą stać się powszechne i spotkać każdego z nas.

Działania tego rodzaju świadczą poza wszystkim także o generowaniu krzywdzącego stereotypu seniora wymagającego opieki jako infantylnego i mało wartościowego człowieka.

W tym obszarze jest wiele do zrobienia, głównie poprzez szeroką edukację i profesjonalizację opieki, szkolenie kadr, a także popularyzację wiedzy o starości i potrzebach tego okresu życia.

Czynniki wpływające na występowanie i skalę zjawiska przemocy wobec osób starszych można podzielić na jednostkowe/osobowe, kontekstowe bliższe i kontekstowe dalsze (Kaczan, Podgórna 2007). Pierwsza grupa czynników skupia się wokół samej osoby – ofiary, którą jest senior. Jego zły stan zdrowia, niepełnosprawność, zależność od innych osób, niskie dochody, słabe wykształcenie, a także negatywny obraz samego siebie, poczucie braku sprawczości, wyizolowania czy osamotnienie wpływają na podatność na przemoc. Analogicznie – osoby utrzymujące sprawność fizyczną, samodzielne, ustabilizowane finansowo i wykształcone, o wysokim poczuciu własnej wartości są mniej narażone na ryzyko wystąpienia wobec nich agresji. Czynniki kontekstowe bliższe to uwarunkowania wpływające na więzi społeczne i rodzinne, zależne nie tylko od inwencji i zaangażowania samych seniorów, lecz także od specyfiki bliskiej przestrzeni fizycznej. Osoby przyjazne innym, otwarte na

kontakt z ludźmi i mające właściwe relacje środowiskowe, ułatwiające kontakty międzyludzkie, są mniej narażone na ryzyko doświadczenia przemocy. Czynniki kontekstowe dalsze dostrzec można na poziomie instytucji. To stereotypy i brak przygotowania ze strony odpowiednich służb, ale też nieodpowiednie rozwiązania prawne, wykluczenie społeczne, powielanie i promocja wartości dystansujących ludzi starszych od centrum uwagi. Analogicznie w kulturach promujących starość, gdzie istnieje wysoka świadomość wartości ludzi dojrzałych, występują takie czynniki, które ułatwiają ich funkcjonowanie i minimalizują przemoc. Akty prawne, rozwiązania finansowe i ekonomiczne wspierające seniorów umacniają pozycję starszej generacji, chroniąc ją jednocześnie przed przemocą.

National Center on Elder Abuse wyróżnia wśród form przemocy stosowanej wobec osób starszych:

- przemoc fizyczną;
- przemoc emocjonalną i psychologiczną;
- przemoc seksualną;
- wykorzystywanie (finansowe lub materialne);
- zaniedbanie i samozaniedbanie;
- porzucenie/opuszczenie.

Tabela 24. Przemoc wobec osób starszych

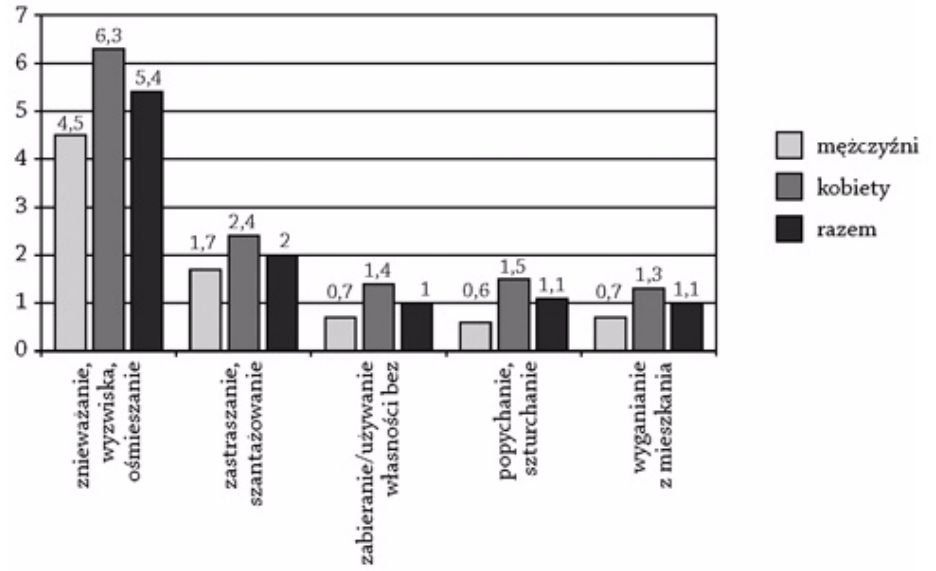
Rodzaj przemocy	Przejawy	Skutki
PRZEMOC FIZYCZNA: celowe użycie siły, której następstwem jest uszkodzenie ciała, ból, osłabienie	uderzanie, popychanie, obezwładnianie, kopanie, duszenie, bicie, rzucanie przedmiotami	uszkodzenia ciała (potłuczenia, zranienia, złamania), strach, lęki, depresje
PRZEMOC PSYCHICZNA: groźby, upokarzanie, znęcanie się, wyzywanie, poniżanie i inne okrutne działania, których rezultatem jest zmartwienie i troska	obwinianie, przeklinanie, straszenie, grożenie, izolowanie, wyzwiska, traktowanie osoby starszej jak dziecko	lęki, depresja, zażenowanie, wstyd, bezsenność
PRZEMOC FINANSOWA: użycie finansowych zasobów osoby starszej bez jej zgody i w niewłaściwym celu, pozbawianie jej własnych funduszy	sprzeniewierzenie pieniędzy, rzeczy wartościowych lub własności, utrudnianie dostępu do własności	utrata pieniędzy, pogorszenie standardu życia
PRZEMOC SEKSUALNA: bezpośrednie lub pośrednie ingerowanie w życie seksualne oraz seksualność osoby starszej bez jej zgody i z jej sprzeciwem	patrzenie, obnażanie, fotografowanie, dotykanie, sugestywne rozmowy, wymuszanie stosunków seksualnych, gwałt	dyskomfort fizyczny i psychiczny, poczucie winy, wyrzuty sumienia
PRZEMOC SYMBOLICZNA: wymuszanie na ludziach starszych sposobu zachowania odpowiadającego grupom dominującym	dyskredytowanie wartości osoby starszej, wymuszanie postaw i działań zgodnych ze stereotypem	naruszanie praw, osamotnienie, izolowanie
ZANIEDBANIE: powtarzająca się deprywacja oraz zaniechanie udzielania opieki i pomocy osobom starszym wymagającym ww. do codziennego funkcjonowania	zaniechanie dostarczania jedzenia, schronienia, odzieży, opieki medycznej, osobistej, higieny, kontaktów społecznych	niedożywienie, brak higieny, odleżyny, depresja, choroby
Opuszczenie, porzucenie	strata	cierpienie, osamotnienie

Źródło: opracowanie własne J.K. Wawrzyniak na podstawie Halicka, Halicki 2009, s. 26–27.

Przemoc skierowana przeciwko osobom starszym często jest skutkiem przeciążenia niewykwalifikowanych opiekunów rodzinnych oraz stresu związanego ze sprawowaniem opieki. Pojęcie nadużycia wobec ludzi starych jest bardzo szerokie. Nadużycie może być intencjonalne, kiedy sprawca świadomie powoduje ból i cierpienie ofiary, lub też niezamierzone –

spowodowane np. brakiem umiejętności bezbolesnego sprawowania opieki nad osobą starszą. Stąd najważniejszym zadaniem opiekunów i pracowników służby zdrowia jest umiejętne rozpoznawanie przejawów przemocy, jakiej doświadczają osoby starsze, oraz dobór metod pomocy w takich przypadkach. Tym bardziej że przemoc stosowana wobec seniorów może mieć różne formy: może objawiać się biciem, uszkodzeniami ciała, maltretowaniem psychicznym, wykorzystywaniem materialnym czy zaniedbaniami w sferze opieki czy realizacji potrzeb. Oprócz oczywistych oznak, jakimi są ślady świadczące o fizycznych zranieniach, istnieją również objawy pośrednie, do których należą zaburzenia snu, zmiany apetytu, płaczliwość, niska samoocena, nadmierna lękliwość lub postawa rezygnacji (Pruszyński 2009). Według najnowszych danych (Mossakowska, Więcek, Błędowski 2012, s. 498) osoby starsze były najczęściej: „znieważane, wyzywane, ośmieszane lub lekceważone" – 5,4%, stosowano wobec nich także zastraszanie i szantaż – 2,1%, dochodziło także do nadużyć natury ekonomicznej – 1%.

Wykres 3. Najczęściej stosowane formy przemocy wobec starszych kobiet i mężczyzn. Dane w procentach



Źródło: opracowane własne A. Fabiś na podstawie danych PolSenior (Mossakowska, Więcek, Błędowski 2012).

Osoba maltretowana może szukać ucieczki od rzeczywistości przez nadużywanie leków uspokajających i/lub nasennych czy alkoholu. Czujność pracowników socjalnych, lekarzy, pielęgniarek środowiskowych powinny wzbudzać nagłe zmiany decyzji seniorów co do aktywności, miejsca zamieszkania, zwyczajowych zachowań, kontaktów z innymi i ze światem, niewyjaśnione nagłe zmniejszenie zasobów pieniężnych lub zubożenie stanu majątkowego czy oszczędności, a także niejasne powody zmian decyzji w sferze materialnej, testamentów, pełnomocnictw lub innych tego typu działań związanych z finansami.

Współcześnie osoby starsze niewątpliwie są jedną z grup najbardziej narażonych na przemoc. Zachowania krzywdzące seniorów bardzo często mają miejsce w ich rodzinach, co dodatkowo utrudnia ich wykrywalność, ponieważ ludzie starsi nie chcą się skarżyć na członków własnej rodziny w obawie przed zepsuciem jej opinii i pozycji w środowisku oraz przed pogorszeniem własnej sytuacji i nasileniem się przemocy z zemsty,

a także z powodu poczucia zależności, identyfikacji i więzi z bliskim sprawcą. Inna przyczyna milczenia wynika bezpośrednio z przemocy – ofiary są często zamykane w domu, odcinane od otoczenia i świata zewnętrznego, dostępu do telefonu, lekarza. To znacznie utrudnia zarówno rozpoznanie sytuacji z zewnątrz, jak i zgłoszenie potrzeby pomocy przez ofiarę, tym bardziej że osoby starsze często mają kłopot ze zorientowaniem się, do kogo się po nią zwrócić, jakie prawa im przysługują, a nawet jak skorzystać z telefonu (zwłaszcza jeśli nie mają własnego), mają także trudności z poruszaniem się, gorzej słyszą. Odrębnym poważnym problemem jest lekceważenie przez osoby trzecie powierzonego problemu, a także ryzyko narażenia się na czyjś gniew lub pretensje. Seniorzy krzywdzeni przez członków swoich rodzin są często pogodzeni ze swoim losem, obawiają się także zmian, które mogłyby być wynikiem interwencji odpowiednich służb – zmiany miejsca zamieszkania, izolacji, samotności i innych.

Ofiara przemocy postrzega swojego oprawcę jako opiekuna, osobę, od której jest zależna i bez której sobie nie poradzi. Taka sytuacja powoduje dodatkowo (poza ukrywaniem tego faktu) także bierność oraz uległość wobec przemocy i jej sprawcy.

Prawo do rent i emerytur, jakkolwiek będące wyrazem humanitarności wobec osób starszych, zmieniło problem przemocy wobec seniorów dwojako – przede wszystkim uniezależniło ich od rodzin w zakresie utrzymania i świadczonych wzajemnie usług, ale też spowodowało zjawisko „hodowania emeryta”, czyli utrzymywania seniora we wspólnym gospodarstwie domowym w celu dysponowania jego dochodami, które są często jedynym źródłem finansowania rodziny (bezrobotnych osób). Nie zawsze odbywa się to za zgodą emeryta, a często narażony jest on również na inne nadużycia ograniczające jego autonomię. Strach przed sprawcą przemocy i negatywnym nastawieniem środowiska powoduje ukrywanie problemu przemocy przez seniorów. Nie bez znaczenia jest tu także niechęć do przeniesienia się do palcówki opiekuńczej (domu opieki), co mogłoby być konsekwencją zgłoszenia przemocy stosowanej przez najbliższych.

Sprawcami przemocy wobec seniora są najczęściej najbliżsi członkowie rodziny (małżonek, rodzeństwo, dorosłe dzieci czy wnuki), którzy są jednocześnie (naturalnymi) jego opiekunami z racji wspólnego z nim zamieszkiwania. Bardzo często uznaje się, że dopuszczają się oni przemocy pod wpływem stresu, jakiego doświadczają w wyniku konieczności sprawowania opieki nad seniorem – zwłaszcza chorym na demencję, zespół otępienny (Sadowska 2006, s. 24–26). Poczucie bezsilności, obciążenie fizyczne i psychiczne, ograniczenia czasowe i finansowe uważa się w takiej sytuacji za główne przyczyny stosowania agresywnych zachowań wobec (chorego i niesprawnego) seniora w rodzinie. Czynnikami sprzyjającymi im natomiast są wspólne zamieszkiwanie (najczęściej na niewielkiej powierzchni), a także nadużywanie przez sprawców alkoholu (Pruszyński 2009).

Dokładne statystyki dotyczące zasięgu maltretowania osób w podeszłym wieku nie są znane ze względu na niepełność i niejednolitość sposobów zbierania i zapisywania danych oraz prowadzenia badań (Pruszyński 2009). Przyjmuje się jednak, że w Stanach Zjednoczonych na każdy ujawniony przypadek wykorzystywania, zaniedbań lub nadużyć wobec osób w wieku powyżej 60 lat przypada pięć przypadków, które nigdy nie zostały zgłoszone ani rozpoznane (Bomba 2009, s. 115–129).

W Polsce problem przemocy najczęściej zgłaszany jest na policję oraz do placówek pomocy społecznej, a od lat dziewięćdziesiątych XX wieku funkcjonuje też telefon zaufania dla jej ofiar, co mimo anonimowości nie zawsze jest rozwiązaniem odpowiednim dla seniorów, zwłaszcza ze schorzeniami psychosomatycznymi, słabym słuchem czy dysfunkcjami utrudniającymi korzystanie z telefonu, szczególnie komórkowego. Osoby starsze będące ofiarami przemocy nie zawsze wiedzą, gdzie udać się z prośbą o pomoc, nierzadko są odizolowane od swoich przyjaciół lub samotne, często też czują się bezsilne. Pojawia się również problem zaufania i zapewnienia tajemnicy o uzyskanych informacjach wskazujących na występowanie przemocy.

Od 1996 roku działa Ogólnopolskie Porozumienie Osób, Organizacji i Instytucji Pomagających Ofiarom Przemocy

„Niebieska Linia", które zajmuje się organizowaniem pomocy i interwencji, a także gromadzeniem danych dotyczących przemocy w rodzinie. Wszystko to jednak nie spełni swojej funkcji, jeśli fakt nadużyć wobec osoby starszej nie zostanie w ogóle zgłoszony, dlatego tak ważne jest rozpoznanie problematycznych symptomów przez pracowników służby zdrowia zarówno w zachowaniu seniora, jak i we wzajemnych relacjach między nim a jego opiekunem.

W wyniku występowania wskazanej problematyki w literaturze przedmiotu coraz częściej pojawia się definicja przemocy geriatrycznej, która jest opisywana jako przemoc fizyczna oraz celowe zaniedbanie osoby starszej w środowisku rodzinnym, nieprzypadkowe i celowo podejmowane działanie związane z zadawaniem bólu, zranieniem, także emocjonalnym, fizyczne zaniedbanie, deprywacja w odżywianiu i korzystaniu z usług, psychiczne dręczenie, gwałt lub jego usiłowanie, izolowanie osoby starszej wbrew jej woli, przemoc finansowa (zob. *The Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*).

Zjawisko przemocy wobec osób starszych, choć często traktowane jak temat tabu, coraz częściej staje się przedmiotem badań oraz rozważań teoretycznych. Jak donoszą badacze przestępczości, osoby postrzegane jako słabsze, ułomne są częściej narażone na atak. Przemoc wobec nich przejawiać się może na wiele sposobów, tworząc równocześnie szereg kombinacji form i natężenia tego procesu. Szeroko rozumiejąc pojęcie przemocy, należałoby ją definiować nie tylko jako bezpośrednie działanie jednej osoby na drugą, lecz także jako działania pośrednie wpływające destrukcyjnie na jej życie. Są to działania legislacyjne, stereotypowe postępowanie, ograniczenia praw itp. Ujmując w ten sposób pojęcie przemocy, można wyraźnie wydzielić trzy płaszczyzny warunkujące postawy destrukcyjnie wpływające na realizację potrzeb seniorów: przemoc bezpośrednią, przemoc systemową i kulturową:

- przemoc bezpośrednia, inaczej nazywana personalną, która wyraża się bezpośrednim niekorzystnym dla seniora działaniem

opiekuna, jest zamierzonym aktem zmierzającym do skrzywdzenia osoby starszej;
- przemoc systemowa są to pośrednie działania, niekorzystne dla najstarszej grupy wiekowej, wynikające z niedoskonałości systemu opieki, ustawodawstwa, organizacji, kształcenia kadr itp.;
- przemoc kulturowa, jako każda cecha kultury legitymująca się szczególnymi dyskredytującymi seniorów postawami społeczeństwa, przejawia się każdą formą przemocy bezpośredniej lub pośredniej (por. Brandenburg, Huneke 2006, s. 261).

Odrębną kategorią przemocy wobec seniorów jest zaniedbanie, traktowane jako pasywna forma przemocy i rozumiane jako niezapewnienie lub uniemożliwienie zaspokojenia potrzeb osobie starszej, będącej w różnym stopniu w zależności od innego (młodszego, zdrowszego, sprawniejszego) człowieka. Za zaniedbanie można uznać także odrzucenie uczuciowe i izolację psychiczną stosowaną wobec seniora.

Ponadto wśród form zaniedbania Jolanta Twardowska-Rajewska i Joanna Rajewska de Mezer (2005, s. 448) wskazują:

- fizyczne: brak należytej opieki, w tym lekarskiej, odmowa lub zaniedbanie w pełnieniu opieki, dozoru lub zaspokojeniu potrzeb osób starszych w celu ich ukarania lub skrzywdzenia, np. odmowa dostarczenia leków;
- psychiczne: obojętność, nieokazywanie pozytywnych uczuć, lekceważenie emocjonalne, brak zainteresowania, ignorowanie psychicznych potrzeb ofiary.

Najczęstszym zaniedbaniem ze strony rodziny jest brak opieki, izolowanie od spraw rodziny oraz zaniedbania emocjonalne. Poczucie bycia zaniedbywanym wzrasta wraz z wiekiem seniorów. W tym kontekście wskazywany jest także problem nieudzielania osobom starszym pomocy przez najbliższą rodzinę (szczególnie dzieci) w sytuacji, kiedy takie wsparcie jest potrzebne (Twardowska-
-Rajewska, Rajewska de Mezer 2005).

Wyniki kontroli (opublikowane w październiku 2011 roku) przeprowadzonych w brytyjskich szpitalach przez Komisję ds. Jakości Opieki (Care Quality Commision) dostarczają alarmujących danych na temat zaniedbań personelu wobec starszych pacjentów (zob. Campbell 2011). Zaniedbania mają miejsce głównie w zakresie karmienia (pomocy przy jedzeniu) oraz traktowania z szacunkiem seniorów przebywających w szpitalu. Te dwie kwestie okazały się poniżej standardów w ponad połowie ze 100 badanych szpitali. Niezapowiedziane wizyty kontrolne odbywające się od marca do czerwca 2011 roku badały zachowanie standardów godności i żywienia osób starszych w placówkach. Po ich przeprowadzeniu sformułowano wnioski, wśród których znalazły się uwagi o „alarmującym i głęboko rozczarowującym" poziomie opieki sprawowanej wobec seniorów. W 45 szpitalach (na 100 kontrolowanych) nie dotrzymano standardów dotyczących jakości obydwu badanych kwestii: godności i żywienia, a w 20 – co najmniej jednego z nich. Zbyt często personel traktuje starszych pacjentów bez życzliwości, szacunku i zrozumienia, co przejawia się między innymi w dziewięćdziesięciominutowym oczekiwaniu pacjenta na umycie/pomoc w umyciu, nieotrzymywaniu niezbędnej pomocy w jedzeniu i piciu (karmieniu), także dożylnym i pozajelitowym, przerywaniu posiłku przez personel oraz zmuszaniu do przedwczesnego jego kończenia, zbyt długim oczekiwaniu na pomoc, zwracaniu się do pacjentów w sposób niechętny i lekceważący, wyłączaniu dzwonków do wzywania personelu.

Opieka skoncentrowana na wykonywaniu zadań (czynności) pomija człowieka jako jej podmiot, odbiera szacunek i godność osobie starszej. Jakość opieki dotyczy również indywidualności w podejściu do pacjenta, uwagi mu poświęcanej oraz życzliwości i zrozumienia jego sytuacji. W opisywanych przypadkach nie tylko jakość opieki była niewystarczająca, ale i podstawowe prawa pacjenta i człowieka zostały złamane.

Niektóre działania osoby starszej zagrażające jej zdrowiu lub bezpieczeństwu określa się mianem samozaniedbania. Pod tym pojęciem kryją się takie zachowania, jak odmawianie lub

niezapewnianie sobie odpowiedniego pożywienia, ubrania, higieny osobistej, leków lub bezpiecznej egzystencji.

Za istotne czynniki prowadzące do przemocy domowej uważa się występowanie stresorów zewnętrznych, wśród których należy wymienić:

- bezrobocie i ubóstwo;
- nadużywanie alkoholu;
- złe warunki mieszkaniowe (brak prywatności, konieczność bycia ciągle dyspozycyjnym, bardzo bliski kontakt, wspólne zamieszkiwanie na małej powierzchni mogą prowadzić do konfliktów i przemocy);
- przeciążenie psychiczne i fizyczne opiekuna osoby starszej;
- izolacja społeczna, która może być zarówno przyczyną, jak i skutkiem przemocy.

Skutki przemocy stosowanej wobec osób starszych mogą być dla nich bardzo poważne i najczęściej powodują degradację ich jakości życia, zaburzenia emocjonalne (zaburzenia kontaktu, regresja, lęki, fobie, depresje) oraz zaburzenia w sferze osobowości (charakteropatie, socjopatie, wrogość wobec otoczenia, skłonność do czynów przestępczych). Skutki jednorazowego aktu przemocy mogą trwać wiele tygodni, natomiast te będące następstwem długotrwałej agresji mogą się utrzymywać wiele miesięcy, a nawet lat.

Do najczęściej wskazywanych sprawców zaniedbań wobec osoby starszej, podobnie jak przypadku stosowania innych form przemocy, zalicza się wynajętego i/lub naturalnego opiekuna, członka najbliższej rodziny, a także pracownika długoterminowej opieki (Grieshaber 1998, s. 19). Zwraca się jednak uwagę, że często sprawcą zaniedbań jest opiekun nieposiadający odpowiednich umiejętności, niedysponujący potrzebną ilością czasu i energii lub sam mający problemy ze zdrowiem, np. chory psychicznie, nadużywający alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych bądź przejawiający inne zaburzenia zdrowia psychicznego (Tobiasz-Adamczyk 2009, s. 26).

Przemoc doznawana od opiekunów najczęściej przybierała formę ucisku psychicznego, następnie finansowego, zaniedbania, najrzadziej zaś agresji fizycznej (Tobiasz-Adamczyk 2009).

Istnieją duże trudności w rozpoznawaniu przemocy, także instytucjonalnej, ponieważ oprócz trudności medycznych w jej diagnozowaniu, np. oznak fizycznych, częste są różnice w postrzeganiu krzywdzącej sytuacji ze strony opiekuna i seniora. Dużą rolę pełnią tu wzory kulturowe zachowań oparte na religii, obyczajowości, postawy zaczerpnięte z własnego życia rodzinnego. Nie bez znaczenia jest także aspekt społeczno-kulturowy. Włączenie przemocy do kanonu metod wychowawczych dzieci i młodzieży w danej społeczności rodzi dalekosiężne i długotrwałe konsekwencje w postaci przeniesienia tych zachowań na opiekę nad własnymi dziećmi i innymi podopiecznymi: niepełnosprawnymi, starszymi. Przemoc rodzi przemoc, a każdy, kto bije, był bity, choć nie każdy bity bije, jak zauważa w swoich pracach Alice Miller (1999; 2000; 2006a; 2006b).

Manifest (fragment)

„[…] Liczne badania dowiodły, że wprowadzenie kary fizycznej wymusza na dziecku posłuszeństwo, ale jeśli w porę nie przyjdą mu z pomocą uświadomieni ludzie, powodują później ciężkie zaburzenia charakteru i postępowania. Hitler, Stalin, Mao nie doznali w dzieciństwie takiej pomocy. Nauczyli się zatem za młodu czuć okrucieństwo, a potem znajdować usprawiedliwienie dla wymordowania milionów ludzi. A inne miliony ludzi, także wychowanych w warunkach przemocy, w tym im pomagały […]".

(Miller)

Raport końcowy *The National Elder Abuse Incidence study* (1998) mówi o tym, że zaledwie 16% przypadków przemocy stosowanej wobec seniorów w USA jest zgłaszanych i

wykrywanych, co daje niejakie wyobrażenie o kłopotach z diagnozowaniem tego rodzaju przestępstw i nadużyć.

Badania na temat przemocy w wieku podeszłym są coraz częściej prowadzone w wielu krajach, co wynika z rosnącego zainteresowania jakością życia w starości w obliczu wydłużania się życia ludzkiego.

Dzięki działalności organizacji charytatywnych takich, jak między innymi Help the Aged, Action on Elder Abuse, powstał w 2003 roku raport związku pielęgniarek podający, że 9 na 10 pielęgniarek pracujących w lokalnych środowiskach spotkało się z problemem stosowania przemocy wobec swoich podopiecznych przez ich najbliższe otoczenie.

Help the Aged podała, że każdego dnia w Wielkiej Brytanii ma miejsce co najmniej 35 przypadków przemocy wobec osób starszych. Do większości z nich dochodzi w domach rodzinnych, ale zdarzają się one również w domach opieki. Raport donosi, że w 35% przypadków sprawcą przemocy była osoba, której rodzina płaci za opiekę nad seniorem, w 64% przypadków ma to miejsce w domu osoby starszej, 67% ofiar to kobiety, w co trzecim przypadku sprawcami były co najmniej dwie osoby.

Natomiast raport organizacji Age UK opublikowany w 2010 roku mówi, że w 35% sprawcą przemocy wobec osoby starszej był jej partner, w 33% inny członek rodziny, w dalszej kolejności wymieniani byli: sąsiad lub znajomy, pomoc domowa (opiekunka) i przyjaciel (*Safeguarding older people*... 2015).

Coraz częściej wskazuje się na przemoc wobec seniorów w instytucjach. Przeciążenie pracą, szczególnie długotrwałą opieką, liczne konflikty, zmęczenie, brak odpowiednich działań zapobiegających wypaleniu zawodowemu stają się głównymi czynnikami przemocy opiekunów względem podopiecznych. Praca w instytucjach opiekuńczych jest trudna, wymaga siły psychicznej i zinternalizowanej ideologii zajmowania się osobą starszą. Kierownictwo takiej placówki powinno natomiast wspierać swoich pracowników w profesjonalnej, etycznej postawie.

Polskie badania nad przemocą wobec seniorów prowadzone są głównie przez ośrodki akademickie oraz pracowników socjalnych i

lekarzy. Nie jest to problem traktowany na równi ze zjawiskiem przemocy wobec dzieci czy w ogóle w rodzinie, ale zyskuje uwagę różnych środowisk i coraz częściej podejmowane są inicjatywy zmierzające do zbadania jego przyczyn oraz skutków, a także do zapobiegania mu. Ponieważ nadużycia wobec osób starszych (i nie tylko wobec nich) najczęściej popełniane są pod wpływem alkoholu lub w sytuacji długotrwałego uzależnienia, na kwestie te uwagę zwróciła między innymi Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), czego wymiernym rezultatem stała się procedura „Niebieskiej Karty" oraz wspomniana już wcześniej inicjatywa „Niebieskiej Linii", w ramach której udzielana jest pomoc ofiarom przemocy w rodzinie. Z danych uzyskanych na podstawie analizy dokumentów „Niebieskiej Karty" w Powiatowej Komendzie Policji w Krakowie wynika, że wśród wszystkich interwencji odnotowanych w ciągu pełnego roku kalendarzowego dotyczących przemocy domowej osoby starsze (w wieku 60+) były ofiarami w 15% przypadków, gdzie w 56% przypadków sprawcami były dorosłe dzieci. Najczęściej seniorzy doświadczali przemocy psychicznej i fizycznej (Maćkowicz 2012, s. 490–491).

W badaniach prowadzonych w Polsce wykazano, że prawie połowa osób powyżej 65. roku życia potrzebuje pomocy przynajmniej w jednym obowiązku związanym z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Około 25% polskich opiekunów rodzinnych osób starszych przyznaje, że w razie potrzeby ma trudności ze znalezieniem pomocy w sprawowaniu opieki, a 10% z nich mówi, że w ogóle nie ma możliwości otrzymania wsparcia od kogokolwiek (por. Woźniak, Tobiasz-Adamczyk, Brzyska 2010, s. 35–37).

Centrum Badania Opinii Społecznej wskazuje, że 24% kobiet w wieku powyżej 65 lat potwierdziło, że padało ofiarą przemocy psychicznej (wyzwiska, obrażanie) ze strony męża; na podobne zachowania ze strony żon skarży się 22% starszych mężczyzn. Na przemoc fizyczną (popychanie, uderzanie) w związku uskarżało się 8% kobiet i 2% mężczyzn (por. Woźniak, Tobiasz-Adamczyk, Brzyska 2010, s. 35–37).

Natomiast badania przeprowadzone w Krakowie przez B. Tobiasz-Adamczyk pokazały, że pracownicy sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej stykają się w pracy z przemocą fizyczną (prawie 10% badanych profesjonalistów) oraz z przemocą psychiczną wobec starszych kobiet (prawie 13%). Pracownicy ci najczęściej wymieniali zaniedbanie (43%), wykorzystanie finansowe starszych kobiet (28%) oraz porzucenie (18%) (Woźniak, Tobiasz-Adamczyk, Brzyska 2010).

Ludzie starsi najczęściej stają się ofiarami przemocy psychicznej (69% zgłaszanych przypadków) i fizycznej (ponad 40%) oraz zaniedbania (50%). Sprawcy dopuszczają się także wyrzucania starszych bliskich z mieszkań (3%) oraz zabierania im pieniędzy i innych własności (7%) (Woźniak, Tobiasz-Adamczyk, Brzyska 2010).

Podłożem aktów zarówno fizycznych, jak i psychicznych jest przemoc o wymiarze ekonomicznym – zabieranie (i często przepijanie) emerytury, zawładnięcie mieszkaniem, ignorowanie potrzeb osoby starszej dotyczących leczenia, zakupu leków, a nawet pożywienia, a także zakaz kontaktów, wychodzenia z domu, dostępu do łazienki czy pokoju z telewizorem. Seniorom odbiera się także prawo do podejmowania decyzji, posiadania tajemnic, spraw osobistych, które staje się sferą poniżania, upokorzeń. Sprawcami tych wszystkich działań okazują się najczęściej dzieci ofiar (81%), partnerzy (10%) i dalsi krewni (6%). Najczęściej są to osoby nadużywające alkoholu lub uzależnione od substancji psychoaktywnych, bezrobotne, zamieszkujące z osobą starszą z powodu braku innego rozwiązania, a także małżonkowie lub krewni nieradzący sobie z trudami opieki, nieprzygotowani w żaden sposób do zajmowania się osobą starszą chorą czy niesprawną (Woźniak, Tobiasz-Adamczyk, Brzyska 2010).

Przemoc jest problemem, przeciw któremu można podjąć działania zapobiegawcze, realizowane na czterech poziomach:

- indywidualnym;
- międzyludzkim;
- społeczności;

- ogólnospołecznym.

W działaniach tego rodzaju szczególnie istotne są współpraca i współdziałanie z innymi specjalistami, aby nie dopuszczać do negatywnych zjawisk społecznych, ale także ograniczać ich skutki, do czego pracownicy socjalni są zobowiązani.

Poważną barierą w działaniach pomocowych oraz terapeutycznych bywa brak wiedzy o skali i zasięgu przemocy wobec ludzi starszych. Inną, nie mniej ważną przyczyną jest konieczność łączenia wiedzy z różnych dziedzin, potrzeba wieloaspektowych kompetencji, doświadczenia w rozwiązywaniu niestandardowych problemów, z koniecznością wkraczania w prywatne, często intymne życie dorosłych ludzi. Ważne jest nie tylko niesienie pomocy ofiarom przemocy, zapobieganie tym aktom dzięki rozwiązaniom możliwym do przyjęcia przez pokrzywdzonych, ale i motywowanie otoczenia do reagowania na sygnały ofiar, uwrażliwienie społeczeństwa na to zjawisko. Konieczny jest szeroki dostęp do informacji o miejscach pomocy (medycznej, psychologicznej, socjalnej) i przysługujących prawach, do konsultacji i opieki psychologicznej, pomocy przy diagnozowaniu, porad psychiatrycznych, prawnych, a także organizowanie i prowadzenie grup wsparcia dla ofiar i ich opiekunów, ale też pracowników domów opieki. Realizacja tego rodzaju działań odbywać się powinna przy udziale wielu służb – policjantów, lekarzy pierwszego kontaktu, pracowników socjalnych, duchownych, a nawet rozgłośni radiowych, programów telewizyjnych, prasy.

Każdy, kto podejmuje się trudnych emocjonalnie kontaktów w ramach wykonywanej pracy, musi mieć odpowiednie przygotowanie zawodowe, jak również umieć znajdować określone wsparcie psychiczne i korzystać z niego. Umiejętność organizowania psychicznego zabezpieczenia i posiłkowania się nim pozwoli uniknąć trudnych, przykrych doświadczeń, frustracji, depresji, wypalenia zawodowego. Brak takiego zaplecza i przygotowania może prowadzić do szukania określonych form

przystosowania się do sytuacji trudnej, w tym sięgania po przemoc.

---

1 Czteroletni okres ochronny – pracodawca nie może wypowiedzieć umowy o pracę pracownikom, którym do osiągnięcia wieku emerytalnego brakuje czterech lat lub mniej. Przywilej ten działa na niekorzyść starszych bezrobotnych, ponieważ pracodawcy nie chcą zatrudniać osób, które zbliżają się do okresu ochronnego, wiedząc, że musieliby im zapewnić pracę aż do emerytury.

2 Starzenie się pomyślne – to takie, w którym odnotowujemy optymalny przebieg procesu starzenia się, wolny od chorób, stymulowany pozytywnym wpływem środowiska.

3 Starzenie się fizjologiczne (naturalne, zwyczajne) – to proces stopniowego spadku wydolności narządów, zależny od czynników genetycznych i środowiskowych, pozbawiony jednak patologii.

4 Starzenie się patologiczne – to spadek sprawności funkcjonalnej przyspieszony przez procesy chorobowe, prowadzący do niesprawności i przedwczesnej śmierci

Zakończenie

Starość jest częścią naturalnego biegu życia człowieka, jest okresem trudnym i coraz dłuższym. Rosną też współcześnie oczekiwania wobec niej – coraz rzadziej jawi się jako faza odpoczynku, bierności i konsumpcji. Coraz częściej stawia się przed człowiekiem starszym wymagania i oczekiwania typowe dla młodszych grup społecznych. To powoduje, że granice starości stają się coraz bardziej płynne. Osoby w wieku 60+ są aktywne zawodowo i społecznie, gdyż tego oczekuje od nich reszta społeczeństwa. Nie bez znaczenia są kryteria ekonomiczne i fizyczne w określaniu progu starości – aktywność i stan zdrowia są czynnikami najwyraźniej różnicującymi populację 60+ i 80+.

Jakkolwiek niehomogeniczna jest starość, rolą nauki i działań społecznych jest dostarczenie możliwie jak najszerszej wiedzy na jej temat, gdyż służy to nie tylko samemu poznaniu tego okresu życia, lecz także – a może przede wszystkim – znalezieniu najbardziej różnorodnych i optymalnych sposobów przygotowania się na wyzwania, ale i szanse rozwojowe tkwiące w tej fazie życia.

Coraz dłuższe życie i lepszy w porównaniu z seniorami w poprzednich dekadach stan zdrowia rysują przed człowiekiem perspektywę oraz konieczność zagospodarowania starości – kilkunastu, a częściej kilkudziesięciu lat rozwoju, aktywności i budowania satysfakcji życiowej.

Perspektywa humanistyczna w podejściu do starości, którą w tej monografii prezentujemy, podkreśla szanse, możliwości, ale również zagrożenia, jakie towarzyszą tej fazie życia i wpływają na jej jakość – indywidualnie kreowaną. Jednak świadomość globalnych tendencji w postrzeganiu starości ma również

znaczenie – wzrasta dzięki temu poziom wiedzy na temat tego okresu życia. Badania demograficzne i ekonomiczne również dostarczają informacji, które budują społeczne postrzeganie starości, to z kolei wpływa na postawy wobec starości jednostkowej – własnej i najbliższych, otoczenia. Wiedza gerontologiczna odpowiednio podawana oraz propagowana zmienić może podejście młodych pokoleń do tego etapu życia, modyfikować postawy i niwelować społeczne stereotypy – nieprawdziwe i niekorzystne dla osób starszych i starzejących się.

Świadomość i znajomość procesu starzenia się są niezbędne do zmiany ludzkich postaw wobec starości oraz do kreowania nowego, korzystnego sposobu starzenia się kolejnych pokoleń. Wychowanie do starości, które skierowane powinno być do najmłodszych pokoleń, spełni swoją funkcję, kiedy znanym i powszechnym zjawiskiem będzie profilaktyka (negatywnej) starości realizowana w różnych wymiarach edukacji oraz życia społecznego jako upowszechnianie zdrowego i aktywnego stylu życia umożliwiającego czerpanie satysfakcji oraz rozwijanie się, także przez umiejętność rozpoznawania oraz unikania negatywnych zachowań i działań w okresie późnej dorosłości.

Warunkiem pozytywnego – społecznie i indywidualnie – starzenia się jest poznanie własnych możliwości, szukanie satysfakcjonujących sposobów ich realizowania, podejmowanie zadań, jakie życie stawia zarówno przed człowiekiem starzejącym się, jak i już w okresie późnej starości.

Codzienność w starości może mieć różne odcienie, a dbanie o jakość życia w tej fazie w dużej mierze spoczywa na rodzinie czy przyjaciołach i polega na utrzymywaniu kontaktów społecznych, zapewnieniu właściwego wsparcia w dążeniu do realizacji potrzeb oraz niezbędnej opieki. Rola najbliższej społeczności (rodziny, przyjaciół, sąsiadów) oraz właściwie zorganizowanego otoczenia jest tu nieoceniona.

Jakkolwiek zmiany fizyczne, psychiczne i społeczne w życiu seniorów by nie postępowały, aktywność w życiu osobistym, towarzyskim oraz szeroko pojmowanym społecznym funkcjonowaniu – działalności, edukacji, a nawet twórczości – jest

możliwa, a nawet wskazana, w zakresie wyznaczonym i możliwym do realizowania przez seniora. Podobnie rzecz się ma z adaptacją do zmian i nowych warunków życia – wzrastające możliwości podejmowania edukacji, trening poznawczy, uczenie się, samokształcenie oraz samowychowanie znacznie poszerzają spektrum działalności i rozwoju osób starszych. Mowa tu nie tylko o uczeniu się języków obcych czy nowych technologii (poznawaniu obszarów, w których seniorzy najbardziej odstają od reszty społeczeństwa), lecz także o twórczym uczestnictwie w życiu kulturalnym i społecznym, a nade wszystko w życiu zawodowym.

W tego rodzaju zmianach społecznych pomóc ma nie tylko nastawienie społeczne – zmiana postaw i stereotypów, lecz także odpowiednia infrastruktura oraz działalność określonych organizacji i instytucji, które stworzą warunki do rozwoju zainteresowań, twórczości oraz szeroko pojmowanego życia intelektualnego, a także duchowego seniorów.

W tym kontekście ważna jest świadomość zagrożeń, jakie mogą się pojawić (i nader często się pojawiają, co dostarcza dodatkowych argumentów za rzetelną edukacją w tym obszarze) w życiu seniorów. Marginalizacja, ekskluzja społeczna (w tym zawodowa), a także szereg czynników i zjawisk patologizujących życie codzienne, takich jak choroba (zwłaszcza przewlekła i wielochorobowość), uzależnienia i przemoc (także symboliczna) wobec seniorów, osamotnienie, izolacja oraz odczuwany brak sensu w życiu (negatywny bilans życiowy), są od dawna poważnym problemem, na którego rozmiary znaczny wpływ mają braki w edukacji oraz niewłaściwe społeczne podejście do starości i ludzi starych.

Poszerzaniu wiedzy z wymienionych obszarów oraz przybliżaniu i oswajaniu starości jako okresu życia potencjalnie coraz dłuższego i bardziej osiągalnego dla współczesnego człowieka służyć ma nasza książka.

Wierzymy, że szeroki zakres problemów w niej prezentowanych, bogactwo zagadnień oraz danych zaczerpniętych z wielu różnych źródeł pozwolą w miarę wnikliwie spojrzeć na starość i starzenie się jako zjawiska nieodległe, nieobce i na tyle

naturalne („ludzkie” – jak głosi tytuł i humanistyczne w naszym zamiarze podejścia), by możliwe było ich poznanie oraz zrozumienie. Jeśli książka ta przyczyni się także do otworzenia się na możliwość przygotowania się do starości własnej lub innych, planowania jej lub chociażby myślenia o niej, uznamy z satysfakcją, że nie zmarnowaliśmy miesięcy swojej pracy.

Bibliografia

Adamiec J. (2012), *Polityka przedłużania aktywności zawodowej osób starszych* [w:] G. Ciura, W. Zgliczyński (red.), *Starzenie się społeczeństwa polskiego*, Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Warszawa.

Aktywizacja zawodowa osób 50+, http://50plus.gov.pl/Aktywizacja-zawodowa-40389 (dostęp: 31.08.2015).

Aktywne starzenie się i międzypokoleniowa solidarność – rola mieszkalnictwa (2012), Europejskie Forum Mieszkaniowe 2012, tłum. W.J. Brzeski, www.seniorhausing.pl.

Aktywność i doświadczenie Polaków w roku 2011 (2012), CBOS, Warszawa.

Aleksander T. (1974), *Uwarunkowania uczestnictwa kulturalnego ludności wiejskiej*, PWN, Warszawa.

Alkema G.E., Alley D.E. (2006), *Gerontology's future: An integrative model for disciplinary advancement*, „The Gerontologist", 46(5), 574–582.

Améry J. (2007), *O starzeniu się. Bunt i rezygnacja. Podnieść na siebie rękę. Dyskurs o dobrowolnej śmierci*, tłum. B. Baran, Czytelnik, Warszawa.

Andreoli V. (2009), *Zrozumieć cierpienie*. *Aby ból ustąpił radości*, tłum. M. Bielawski, Homini, Kraków.

Appelt K. (2007), *Współcześni dziadkowie i ich znaczenie dla rozwoju wnuków* [w:] A.I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska (red.), *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*, Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań, s. 79–95, http://www.psychologia.amu.edu.pl/wp/wp-uploads/2007-pdf (dostęp: kwiecień – maj 2015).

Arndt J., Routlege C., Cox C.R., Goldenberg J.L. (2008), *Robak we wnętrzu wszystkich naszych źródeł radości. O źródłach dysfunkcji psychologicznych z punktu widzenia teorii opanowania trwogi* [w:] M. Rusaczyk (red.), *Teoria opanowania trwogi. Dyskurs w literaturze amerykańskiej*, Scholar, Warszawa.

Aronson E. (1997), *Człowiek istota społeczna*, tłum. J. Radzicki, WN PWN, Warszawa.

Atchley A. (1989), *Continuity theory of normal aging*, „The Gerontologist", 29(2), 183–190.

Auleytner J. (2002), *Polityka społeczna czyli ujarzmianie chaosu socjalnego*, Wyd. WSP TWP, Warszawa.

Badura-Madej W. (1999), *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu i interwencji kryzysowej* [w:] W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*, Śląsk, Katowice.
Balicka-Kozłowska H. (1986), *Aktywność w starszym wieku – hamulce i bodźce* [w:] I. Borsowa *et al.* (red.), *Encyklopedia seniora*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
Baltes P.D. (1984), *The life-span perspective in developmental psychology* [w:] M.H. Bornstein, M.E. Lamb (eds.), *Developmental psychology: An advanced textbook*, Erlbaum, Hillsdale.
Bałandynowicz-Panfil K. (2009), *Age management jako odpowiedź na zmiany struktury wiekowej zasobów pracy* [w:] J. Kowaleski, A. Rossa (red.), *Przyszłość demograficzna Polski*, Wyd. UŁ, Łódź.
Batorski D., Zając J.M. (red.) (2010), *Raport Otwarcia Koalicji „Dojrz@łość w sieci". Między alienacją a adaptacją. Polacy w wieku 50+ wobec internetu*, Warszawa, http://www.uke.gov.pl/files/?id_plik=7849 (dostęp: 31.08.2015).
Bee H. (2004), *Psychologia rozwoju człowieka*, tłum. A. Wojciechowski, Zysk i S-ka, Poznań.
Bee H., Boyd D. (2008), *Psychologia rozwoju człowieka*, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Zysk i S-ka, Poznań.
Benshoff J., Harrawood L., Koch D. (2003), *The substance abuse and the elderly: Unique issues and concerns*, „Journal of Rehabilitation", 69(2), 43–48.
Bereś W., Więcek „Baron" A. (2008), *Tischner – życie w opowieściach*, Świat Książki, Warszawa.
Berezowska J. *et al.* (2012) *Społeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2007–2011*, GUS, Warszawa, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/nts_spolecz_inform_w_polsce_2007-2011.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Biała księga. Plan na rzecz adekwatnych, bezpiecznych i stabilnych emerytur (2012), http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2012:0055:FIN:PL:PDF (dostęp: 31.08.2015).
Biedrzycki T. (red.) (2007), *Solidarność i społeczeństwo obywatelskie*, Księgarnia św. Jacka, Katowice.
Bień B. (2002), *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych* [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wyd. UG, Gdańsk.
Bień B. (2004), *Niepełnosprawność ludzi starych – formy opieki zdrowotnej i pomocy społecznej* [w:] *Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski*, Oddział Mazowiecki PTG, Warszawa.
Bień B. (2006), *Kompleksowa ocena geriatryczna* [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Via Medica, Gdańsk.

Bień B. (2012), *Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności* [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
Bień B., Wojszel Z., Wilmańska J., Sienkiewicz J. (2001), *Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niepełnosprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego*, Text, Białystok.
Binczycka-Anholcer M. (2005), *Zachowania suicydalne osób w starszym wieku*, „Suicydologia", nr 1, s. 77–87.
Birch A., Malim T. (1998), *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*, tłum. J. Łuczyński, M. Olejnik, WN PWN, Warszawa.
Blow F.C., Barry K.L. (2002), *Use and misuse of alcohol among older women*, „Alcohol Res & Health", 26(4), 308–315.
Błachnio A. (2011), *Impact of older adults' social status and their life satisfaction on health care resources*, „Acta Neuropsychologica", 9(4), 335–345.
Błachnio A. (2012), *Starość non profit. Wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce i na świecie*, Wyd. UKW, Bydgoszcz.
Błachnio A. (2014), *Readaptacja osób starych do przestrzeni publicznej czy przestrzeni publicznej do osób starych?* [w:] A. Błachnio, J. Kryza, W.J. Maliszewski (red.), *Wielowymiarowość kompetencji zawodowych i psychospołecznych w pracy z ludźmi. Teoria i zastosowania*, Wyd. PWSZ, Piła.
Błędowski P. (1998), *Samodzielność osób starszych jako zadanie polityki społecznej*, „Gerontologia Polska", nr 6(3–4), s. 50.
Błędowski P. *et al.* (2008), *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, Biuro RPO, Warszawa, s. 69–73.
Boczoń J., Toczyski W., Zielińska A. (1993), *Ubóstwo jako zjawisko społeczne oraz przedmiot pracy socjalnej* [w:] T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, [*s.n.*], Warszawa.
Bois J.P. (1996), *Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*, tłum. K. Marczewska, Volumen – Marabut, Warszawa – Gdańsk.
Bomba P.A. (2009), *Nadużycia wobec osób starszych. Starość nie powinna boleć* [w:] T. Rosenthal, B. Naughton (red.), L. Pączek, M. Niemczyk (red. wyd. pol.), *Geriatria*, tłum. Monika Dudzisz-Śledź *et al.*, Czelej, Lublin.
Boni M. (2004), *Generacja 50+. Dylematy działania* [w:] I. Wóycicka (red.), *Później na emeryturę?*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańsk.
Brandenburg H., Huneke M. (Hrsg.) (2006), *Professionelle Pflege alter Menschen*, Kohlhammer, Stuttgart.
Broda-Wysocki P. (2010), *Pomoc społeczna w Polsce – koncepcja i instrumenty*. *Ekspertyza przygotowana w ramach projektu „EAPN Polska – profesjonalny dialog na rzecz Europy Socjalnej"*, UKSW, Warszawa.
Bromley D.B. (1969), *Psychologia starzenia się*, tłum. Z. Zakrzewska, WN PWN, Warszawa.

Browne K., Herbert M. (1999), *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, tłum. E. Bielawska-Batorowicz, PARPA, Warszawa.
Brzeski W., Kirejczyk K., Kozłowski E. (2014), *Perspektywy rozwoju budownictwa senioralnego w Polsce. Obecne i przyszłe problemy związane z zapewnieniem lepszych mieszkań dla polskich seniorów*, REAS, http://www.kongresbudownictwa.pl/pliki/reas-%20perspektywy%20rozwoju%20budownictwa%20senioralnego.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Brzezińska A.I. (2000), *Społeczna psychologia rozwoju*, Scholar, Warszawa.
Brzezińska A.I., Ober-Łopatka K., Stec R., Popek K. (red.) (2007), *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*, Humaniora, Poznań.
Brzezińska A.I., Wilowska J.A. (2010), *Starość w kontekście psychologii pozytywnej* [w:] K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (red.), *Pozytywna starość*, WN UM, Poznań.
Budżety gospodarstw domowych w 2008 roku (2009), GUS – Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
Bugajska B. (2007), *Samobójstwo w starości* [w:] B. Bugajska (red.), *Życie w starości*, Zapol, Szczecin.
Bugajska B. (2012), *Tożsamość człowieka w starości. Studium socjopedagogiczne*, WN US, Szczecin.
Bugajska B., Kondraciuk-Gabryś G., Homa W. (red.) (2010), *Nic nie jest milczeniem. Wspomnienia słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Szczecinie*, Zapol, Szczecin.
Bugajska B., Timoszyk-Tomczak C. (2006), *Człowiek stary wobec przyszłości* [w:] S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wyd. KUL, Lublin.
Bühler Ch. (1999), *Bieg życia ludzkiego*, tłum. E. Cichy, J. Jarosz, WN PWN, Warszawa.
Bujacz A., Skrzypska N., Zielińska A.M. (2012), *Publiczna przestrzeń miejska wobec potrzeb seniorów. Przykład Poznania*, „Gerontologia Polska", t. 20, nr 2, s. 73–80, www.gp.viamedica.pl/gp/article/view/19774 (dostęp: kwiecień – maj 2015).
Bukowska X., Wnuk-Lipiński E. (2009), *Obywatelskość „à la polonaise" – czyli jakimi obywatelami są Polacy?*, „Nauka", nr 1.
Burgess E.W. (1960), *Aging in western societies*, University of Chicago Press, Chicago.
Butler R.N. (1963), *The life review: An interpretation of reminiscence in the aged*, „Psychiatry", 26(1), 65–76.
Butler R.N. (1969), *Age-ism: Another form of bigotry*, „The Gerontologist", 9, 243–246.
Było wczoraj, jest jutro. Listy tych, którzy kiedyś byli młodzi, do tych, którzy kiedyś będą starzy (2009), tłum. E. Wilanowska, Pax, Warszawa.

Campbell D. (2011), *Hospitals lambasted for 'alarming' treatment of older people*, http://www.theguardian.com/society/2011/oct/13/hospitals-lambasted-old-people (dostęp: 12.08.2015).
Car J. (2004), *Epidemiologia niepełnosprawności w podeszłym wieku* [w:] *Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski. Materiały konferencyjne*, Oddział Mazowiecki PTG, Warszawa.
Cardinal C. (2009), *Weil wir sterblich sind. Eine Anleitung für den Umgang mit der Endlichkeit*, Knaur MensSana, München.
Cavanaugh J.C. (1997), *Starzenie się* [w:] E. Bryant, A.M. Colman (red.), *Psychologia rozwojowa*, tłum. A. Bezwińska-Walerjan, Zysk i S-ka, Poznań.
Chabior A. (2000), *Rola aktywności kulturalno-oświatowej w adaptacji do starości*, ITE, Radom – Kielce.
Chabior A. (2002), *Samopomoc jako kategoria pedagogiki społecznej* [w:] E. Malewska, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika i edukacja wobec nowych wspólnot i różnic w jednoczącej się Europie. Materiały z IV Ogólnopolskiego Zjazdu Pedagogicznego*, Impuls, Kraków.
Chabior A. (2007), *Trudne obszary ludzkiego życia – starość, choroba, śmierć* [w:] R. Stojecka-Zuber, A. Róg (red.), *Rodziny problemowe i możliwości ich wspomagania*, PWSZ, Tarnobrzeg.
Chabior A. (2010), *Funkcje klubu seniora* [w:] M. Czechowska-Bieluga, A. Kanios, L. Adamowska (red.), *Nowe przestrzenie działania w pracy socjalnej w wymiarze etyczno-prakseologicznym*, Impuls, Kraków.
Chabior A. (2011a), *Aktywizacja i aktywność ludzi w okresie późnej dorosłości*, Wszechnica Świętokrzyska, Kielce.
Chabior A. (2011b), *Kluby seniora miejscem uczestnictwa kulturalnego i animacji społeczno-kulturalnej* [w:] Z. Szarota (red.), *Aktywizacja, rozwój, integracja. Ku niezależnej starości*, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków.
Charkiewicz E. (2011), *Kobiety i ubóstwo – widzialna ręka neoliberalnego państwa* [w:] *Ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce*. *Raport krajowy Polskiej Koalicji Social Watch i Polskiego Komitetu European Anti-Poverty Network*, Warszawa.
Chrapek T. (2001), *Dzielmy się miłością – wolontariat* [w:] T.A. Kamiński, J. Czarnocki, D.J. Pol (red.), *Wolontariat*, Fundacja „Pro Caritate", Warszawa.
Chudy W. (2008), *Wartości i świat ludzki* [w:] K. Popielski (red.), *Wartości dla życia*, Wyd. KUL, Lublin.
Cichocka M. (1988), *Efektywność oddziaływań psychologicznych stosowanych wobec ludzi w podeszłym wieku w odniesieniu do struktury potrzeb*, „Praca Socjalna", nr 4.
Cichocka M. (1995), *Psychologiczne determinanty pomocy psychologicznej dla człowieka starego* [w:] B. Waligóra (red.), *Elementy psychologii klinicznej*, t. 4, WN UAM, Poznań.

Cichocka M. (2006a), *Biospołeczne uwarunkowania seksualności ludzi starych* [w:] M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, WN PWN, Warszawa.
Cichocka M. (2006b), *Specyfika zachowań autodestruktywnych wśród osób w podeszłym wieku* [w:] A. Suchańska, J. Wycisk (red.), *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia*, Bogucki, Poznań.
Cierpiałkowska L. (2006), *Związki miłosne i koluzyjne* [w:] M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, WN PWN, Warszawa.
Cieślak M. (red.) (1992), *Demografia. Metody analizy i prognozowania*, WN PWN, Warszawa.
Ciura G. (2012), *Gospodarstwa emerytów na tle innych typów gospodarstw domowych* [w:] G. Ciura, W. Zgliczyński (red.), *Starzenie się społeczeństwa polskiego*, Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu, Warszawa.
Comfort A. (1968), *Dlaczego się starzejemy?*, tłum. J. Radzicki, PWN, Warszawa.
Comte-Sponville A. (2011), *Duchowość ateistyczna. Wprowadzenie do duchowości bez Boga*, tłum. E. Aduszkiewicz, Czarna Owca, Warszawa.
Costa P.T., McCrae R.R. (1984), *Personality as a lifelong determinant of wellbeing* [w:] C.Z. Malatesta, C. Izard (eds.), *Emotion in adult development*, Sage, Beverly Hills.
Cowgill D.O., Holmes L.D. (1972), *Aging and modernization*, Appelton Century Crofts, New York.
Cyceron (1996), *Katon Starszy o starości*, tłum. Z. Cierniakowska [w:] *Pochwała starości*, Verum, Warszawa.
Czapiński J., Panek T. (red.) (2009), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2009.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Czapiński J. (2004), *Psychologiczne teorie szczęścia* [w:] J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, tłum. J. Kowalczewska *et al.*, WN PWN, Warszawa.
Czapiński J., Panek T. (red.) (2013), *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
Czapiński J., Panek T. (red.) (2011), *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2011.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Czekanowski P. (2003), *Rodzina w życiu ludzi starszych i osoby starsze w rodzinie* [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wyd. UG, Gdańsk.
Czerniawska O. (1996), *Edukacja osób trzeciego wieku* [w:] T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do andragogiki*, ITE, Warszawa.
Czerniawska O. (1997), *Uczenie się jako styl życia* [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Przygotowanie do starości. Materiały z konferencji gerontologicznej, Łódź,*

18–19 października 1996, ZOD UŁ, Łódź.
Czerniawska O. (1998), *Style życia ludzi starszych* [w:] O. Czerniawska (red.), *Style życia w starości*, Wyd. WSHE, Łódź.
Czerniawska O. (2000a), *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*, Wyd. WSHE, Łódź.
Czerniawska O. (2000b), *Pierre Vellas – twórca Uniwersytetu Trzeciego Wieku w przestrzeni jednostkowej i społecznej* [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź.
Czerniawska O. (2002), *Ludzie starsi jako jednostkowe siły społeczne*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi", nr 7, s. 8.
Czerniawska O. (2011), *Nowe drogi w andragogice i gerontologii*, Wyd. AHE, Łódź.

Dalen H.P. Van, Henkens K. (2010), *Do employers support later retirement? A view from European employers*, „Demos, Bulletin on Population and Society", 1.
Danielewicz M., Filiciak M., Tarnowski A. (2012), *Uczestnictwo w kulturze. Nowe zjawiska, „przeterminowane" kategorie*, NCK, Warszawa.
Dąbrowski Z. (2000), *Pedagogika opiekuńcza w zarysie*, t. 1–2, Wyd. UWM, Olsztyn.
Demetrio D. (2004), *Tecniche narrative*, Guerini e associati, Milano.
Department of Economic and Social Affairs Population Division (2009), *World Population Ageing* (2009), United Nations, New York, http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Depp C.A., Jeste D.V. (2006), *Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review larger quantitative studies*, „Geriatric Psychiatry" 2006, 14(1), 620.
Derejczyk J. (2000), *Czego uczy geriatria?*, „Służba Zdrowia", nr 61–64, www.sluzbazdrowia.com.pl/html/more2954f.php (dostęp: 31.08.2015).
Derejczyk J. (2004), *Próba diagnozy stanu geriatrii w polskiej służbie zdrowia* [w:] *Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski. Materiały konferencyjne*, Oddział Mazowiecki PTG, Warszawa.
Diener E., Lucas R.E., Oishi S. (2002), *Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction* [w:] C.R. Snyder, S.J. Lopez (eds.), *Handbook of positive psychology*, Oxford University Press, Oxford.
Discrimination in the UE in 2009. Report (2009), http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_317_en.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Dochody i warunki życia ludności Polski. Raport z badania EU-SILC 2007, 2008 r. (2009), GUS, Warszawa.

Dochody i warunki życia ludności Polski. Raport z badania EU-SILC 2010 (2012), GUS, Warszawa.
Dolny E. (2009), *Popytowe bariery zatrudniania osób starszych* [w:] Z. Wiśniewski (red.), *Zarządzanie wiekiem w organizacjach wobec procesów starzenia się ludności*, TNOiK „Dom Organizatora", Toruń.
Dubas E. (2000), *Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia*, Wyd. UŁ, Łódź.
Dubas E. (2005), *Dorosłość w edukacyjnym paradygmacie, czyli dorosłość jako edukacyjny okres życia człowieka* [w:] M. Podgórny (red.), *Człowiek na edukacyjnej fali. Współczesne konteksty edukacji dorosłych*, Impuls, Kraków.
Dubas E. (2007), *Wokół paradygmatu uniwersalności w edukacji dorosłych* [w:] E. Dubas (red.), *Uniwersalne problemy andragogiki i gerontologii*, Wyd. UŁ, Łódź.
Dubas E. (2011), *Uczenie się z biografii innych – wprowadzenie* [w:] E. Dubas, W. Świtalski (red.), *Uczenie się z biografii innych*, Wyd. UŁ, Łódź.
Dubas E., Świtalski W. (red.) (2011a), *Uczenie się z biografii innych*, Wyd. UŁ, Łódź.
Dubas E., Świtalski W. (red.) (2011b), *Uczenie się z (własnej) biografii*, Wyd. UŁ, Łódź.
Dunaj B. (red.) (1996), *Słownik współczesnego języka polskiego*, Wilga, Warszawa.
Dyczewski L. (1994), *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, RW KUL, Lublin.
Dyczewski L. (red.) (2001), *Kultura w kręgu wartości. Lubelski Kongres Kultury Polskiej 2000, Lublin 11–14 listopada 2000*, TN KUL, Lublin.
Dyczewski L. (2002), *Więź między pokoleniami w rodzinie*, TN KUL, Lublin.
Dyczewski L. (2006), *Wartości w życiu człowieka starego* [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wyd. UwB, Białystok.
Dzięgielewska M. (2007), *Czy można zapobiegać marginalizacji i dyskryminacji ludzi starszych?* [w:] A. Fabiś (red.), *Edukacja dorosłych wobec zjawiska marginalizacji*, Wyd. GWSP, Mysłowice.
Dziuban A. (2010), *Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Przegląd piśmiennictwa*, „Gerontologia Polska", t. 18, nr 3, s. 140–147.

Enste P., Naegele G., Leve V. (2008), *The discovery and development of the silver market in Germany* [w:] F. Kohlbacher, C. Herstatt (eds.), *The silver market phenomenon: Business opportunities in an era of demographic change*, Springer, Berlin.
Erikson E.H. (2002), *Dopełniony cykl życia*, tłum. A. Gomola, Rebis, Poznań.

Erikson E.H. (2004), *Tożsamość a cykl życia*, tłum. M. Żywicki, Zysk i S-ka, Poznań.
Erikson E.H. (2012), *Dopełniony cykl życia wersja rozszerzona o nowe rozdziały autorstwa Joan M. Erikson poświęcone dziewiątemu etapowi rozwoju osobowości człowieka*, tłum. C. Matkowski, Helion, Gliwice.

Fabiś A. (2005a), *Aktywność kulturalno-oświatowa osób starszych* [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*, Wyd. WSZiM, Sosnowiec.
Fabiś A. (2005b), *Edukacja seniorów – odpowiedź na wymagania współczesności* [w:] A. Fabiś (red.), *Wyzwania współczesnej edukacji dorosłych*, t. 2, *Unowocześnianie procesu kształcenia dorosłych*, GWSP, Mysłowice – Zakopane.
Fabiś A. (2007), *Aktywność edukacyjna seniorów Szwajcarii* [w:] A. Fabiś (red.), *Instytucjonalne wsparcie seniorów. Rozwiązania polskie i zagraniczne*, WSA, Bielsko-Biała.
Fabiś A. (2011a), *Śmierć w całożyciowym procesie uczenia się*, „Rocznik Andragogiczny", s. 131–145.
Fabiś A. (2011b), *Teoria Opanowania Trwogi i jej implikacje dla opieki i wsparcia w starości* [w:] A. Fabiś, M. Muszyński (red.), *Społeczne wymiary starzenia się*, „Biblioteka Gerontologii Społecznej", t. 4, Wyd. WSA, Bielsko-Biała.
Fabiś A. (2011c), *Uczyć się z biografii Innego. Na przykładzie „Trzech dzienników zestawionych przez Marię von Rosen i Ingmara Bergmana"* [w:] E. Dubas, W. Świtalski (red.), *Uczenie się z biografii innych*, Wyd. UŁ, Łódź.
Fabiś A. (2013a), *Człowiek dojrzały wobec trosk egzystencjalnych*, „Edukacja Dorosłych", nr 2, s. 120–130.
Fabiś (2013b), *Duchowy wymiar starzenia się homo oeconomicus* [w:] I. Celary, G. Polok (red.), *Homo oeconomicus w społeczno-pastoralnej przestrzeni*, Księgarnia św. Jacka, Katowice.
Fabiś A. (2013c), *Przygotowanie do własnej śmierci. Perspektywa osób starszych* [w:] A. Fabiś (red.), *Współczesne oblicza starzenia się*, „Biblioteka Gerontologii Społecznej", t. 3, Śląsk, Katowice.
Fabiś A. (2013d), *Senior person in view of existential concerns* [w:] R. Kocianová, M. Dvořáková (ed.), *Vzdělávání a rozvoj seniorů*, Univerzita Karlova, Praha.
Fabiś A. (2014a), *Problemy egzystencjalne osób starszych w konfrontacji z własną śmiercią* [w:] *Osoby starsze w przestrzeni życia społecznego*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego, Katowice.
Fabiś A. (2014b), *Uczący się seniorzy. Uwarunkowania uczenia się osób starszych w Polsce* [w:] A. Fabiś, M. Muszyński, Ł. Tomczyk, M. Zrałek, *Starość w Polsce. Aspekty społeczne i edukacyjne*, Wyd. PWSZ, Oświęcim.

Fabiś A. (2015), *Rozwój duchowy jako atrybut dojrzałości w starości* [w:] A. Fabiś, A. Błachnio (red.), *Duchowość jako kategoria egzystencji i transcendencji w starości*, „Biblioteka Gerontologii Społecznej", t. 1, WP UP, Kraków.
Fabiś A., Fabiś A. (2008), *Aktywność seksualna osób starszych* [w:] A. Jodko (red.), *Tabu seksuologii*, Wyd. SWPS „Academica", Warszawa.
Fabiś A., Fabiś A. (2014), *Śmierć jako wyzwanie dla opiekunów i osób wspierających ludzi starszych* [w:] A.A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem. Wybór materiałów konferencyjnych*, Progres – Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem", Sosnowiec – Dąbrowa Górnicza.
Fabiś A., Kędziora S. (2008), *Wolontariat hospicyjny seniorów* [w:] A. Fabiś (red.), *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, „Biblioteka Gerontologii Społecznej", t. 1, WSA, Bielsko-Biała.
Fabiś A., Łacina-Łanowski A. (2013), *Uniwersytet Trzeciego Wieku w Oświęcimiu – krótka monografia placówki* [w:] A. Fabiś, A. Łacina-Łanowski, Ł. Tomczyk (red.), *Kreatywna starość. 15-lecie oświęcimskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, Wyd. PWSZ, Oświęcim.
Fabiś A., Tomczyk Ł. (2013), *What old people need new media for?* [w:] M. Lukáč (ed.), *Edukácia človeka – problémy a výzvy pre 21. storocie*, Prešovská univerzita v Prešove, Prešov.
Fabiś A., Tomczyk Ł. (2015), *Ekonomiczne determinanty funkcjonowania osób w wieku senioralnym w Polsce* [w:] E. Woźnicka (red.), *Oświata dorosłych. Inspiracje i wyzwania*, „Biblioteka Edukacji Dorosłych", t. 46, Wyd. AHE, Łódź.
Fabiś A., Wąsiński A. (2008), *Aktywność seniorów w Internecie* [w:] A. Fabiś (red.), *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, „Biblioteka Gerontologii Społecznej", t. 1, WSA, Bielsko-Biała.
Falkowski W., Lewandowska-Tarasiuk E., Sienkiewicz J.W. (red.) (2004), *Hospicja nadziei. The hospices of hope*, tłum. M. Adamczyk, Wyd. APS – The Polish University Abroad, Warszawa – London.
Fennell G., Phillipson C., Evers H. (1988), *The sociology of old age*, Open University Press, Milton Keynes – Philadelphia.
Filiciak M., Hofmokl J., Tarkowski A. (2012), *Obiegi kultury. Społeczna cyrkulacja treści. Raport z badań*, NCK, Warszawa.
Fooken I. (2005), *Sexualität und Partnerschaft* [w:] W.D. Oswald, U. Lehr, C. Sieber, J. Kornhuber (Hrsg.), *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*, Kohlhammer, Stuttgart.
Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D. (2001), *Metody badawcze w naukach społecznych*, tłum. E. Hornowska, Zysk i S-ka, Poznań.
Frankl V.E. (1971), *Homo patiens*, tłum. R. Czernecki, A. Morawski, Pax, Warszawa.

Frankl V.E. (2009), *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, tłum. Aleksandra Wolnicka, Czarna Owca, Warszawa.
Frankl V.E. (2010), *Wola sensu. Założenia i zastosowanie logoterapii*, tłum. A. Wolnicka, Czarna Owca, Warszawa.
Frąckiewicz L. (1985), *Karta praw człowieka starego*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa.
Freeman M. (ed.) (2008), *Domestic violence*, Ashgate, Aldershot – Hampshire.
Frieskie K.W. (1999), *Marginalność społeczna* [w:] Z. Bokszański *et al.* (red.), *Encyklopedia socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
Frieske K.W., Poławski P. (1999), *Opieka i kontrola. Instytucje wobec problemów społecznych*, Śląsk, Katowice.
Fromm E. (2005), *O sztuce istnienia. Terapeutyczne aspekty psychoanalizy*, tłum. R. Saciuk, WN PWN, Warszawa.

Gałdowa A. (1979), *Adaptacja do studiów i przystosowanie studentów lat pierwszych*, Wyd. WSP, Rzeszów.
Gałuszko M., Szewczyk K. (red.) (1996), *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, WN PWN, Warszawa – Łódź.
Giddens A. (2005), *Socjologia*, tłum. A. Szulżycka, WN PWN, Warszawa.
Gliński P., Lewenstein B., Siciński A. (red.) (2004), *Samoorganizacja społeczeństwa polskiego. III sektor i wspólnoty lokalne w jednoczącej się Europie*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa.
Gładysz A. (1974), *Uczestnictwo w kulturze. Wybrane problemy socjologiczne i wychowawcze na tle środowiska wielkoprzemysłowego*, UŚ, Katowice.
Głębocka A., Szarzyńska M. (2005), *Wsparcie społeczne a jakość życia osób starszych*, „Gerontologia Polska", nr 4, s. 255.
Graniewska D., Balcerzak-Paradowska B. (2003), *Praca kobiet w sektorze prywatnym. Szanse i bariery*, IPiSS, Warszawa.
Grieshaber U. (1998), *Gewalt gegen Alte hat viele Gesichter*: *Experten: Nach den Ursachen für Gewalt fragen und präventiv handeln*, „Sozialstation", 95(12), 18–20.
Grotowska S. (2011), *Seniorzy w przestrzeni publicznej. Kapitał społeczny uczestników wspólnot, ruchów i stowarzyszeń katolickich*, Nomos, Kraków.

Halicka M. (2004), *Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne*, AM, Białystok.
Halicka M. (2006), *Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym* [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wyd. UwB, Białystok.
Halicka M., Halicki J. (2002), *Integracja społeczna i aktywność ludzi starych* [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wyd. UG, Gdańsk.

Halicka M., Halicki J. (2009), *Przemoc wobec ludzi starych jako przedmiot badań* [w:] M. Halicka, J. Halicki, A. Sidorczuk (red.), *Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy*, Wyd. UwB, Białystok.
Halicka M., Halicki J. (red.) (2010), *Przemoc wobec ludzi starych. Na przykładzie badań środowiskowych w województwie podlaskim*, Temida 2, Białystok.
Halicka M., Pędich W. (2002), *Satysfakcja życiowa ludzi starych* [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wyd. UG, Gdańsk.
Halicki J. (2000), *Edukacja seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej. Studium historyczno-porównawcze*, Trans Humana, Białystok.
Halicki J. (2006), *Społeczne teorie starzenia się* [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wyd. UwB, Białystok.
Halicki J. (2010), *Obrazy starości. Rysowane przeżyciami seniorów*, Wyd. UwB, Białystok.
Hanć T., Komorowska M., Ziółkowska K. (2007), *Soma a psyche, czyli interakcje starzejącego się ciała z psychiką* [w:] A.I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska (red.), *Zagrożenia rozwoju w okresie późnej dorosłości*, Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań.
Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.) (2002), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, *Charakterystyka okresów życia człowieka*, WN PWN, Warszawa.
Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.) (2003), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, *Charakterystyka okresów życia człowieka*, WN PWN, Warszawa.
Hasińska Z., Janiak-Rejno I., Tracz E. (2012), *Sylwetka słuchacza Uniwersytetu Trzeciego Wieku na przykładzie średniego i dużego miasta* [w:] J. Gulanowski (red.), *Uniwersytety Trzeciego Wieku. Przeciw wykluczeniu, dla społeczeństwa wiedzy*, Argi, Wrocław.
Hauziński A. (2007), *Psychologiczne koszty zmiany miejsca zamieszkania w okresie późnej dorosłości* [w:] A.I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska (red.), *Zagrożenia rozwoju w okresie późnej dorosłości*, Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań.
Havighurst R.J. (1953), *Human development and education*, Longmans – Green, New York.
Havighurst R.J. (1972), *Developmental tasks and education*, David McKay, New York.
Hayflick L. (1965), *The limited in vitro lifetime of human diploid cell strains*, „Experimental Cell Research", 37(3).
Hennezel M. de (1998), *Śmierć z bliska*, tłum. A. Brzozowska, J. Brzozowski, Znak, Kraków.
Hill R.D. (2009), *Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia*, tłum. M. Lipa, Laurum, Warszawa.
Hirsch A.M. (2001), *Psychologie für Altenpflege*, Bd. 1, *Probleme des Alterns*, Urban & Vogel, München.

Holliday S.G., Chandler H.J. (1986), *Wisedom: Explorations in adult competence*, Basel, Karger.
Hołyst B. (1983), *Samobójstwo. Przypadek czy konieczność*, PWN, Warszawa.
Hołyst B. (2002), *Suicydologia*, LexisNexis, Warszawa.
Hrapkiewicz H. (2005), *Potrzeby osób w wieku starszym i próba ich realizacji* [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*, Wyd. WSZiM, Sosnowiec.
Hrynkiewicz J. (red.) (2012), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_POZ_O_sytuacji_ludzi_starszych_2012.pdf (dostęp: 31.08.2015).

Jaczewski A. (2006), *Seks osób w wieku podeszłym* [w:] J. Rzepka (red.), *Problematyka osób w wieku starszym. Materiały z III Ogólnopolskiego Seminarium Naukowego, Mysłowice, 22 maja 2004 roku*, GWSP, Mysłowice.
Jäger W. (2012), *Życie nigdy się nie kończy. O życiu, starości i śmierci*, tłum. Z. Mazurczak, Czarna Owca, Warszawa.
Jagodzińska M. (2008), *Psychologia pamięci. Badania, teorie, zastosowania*, Helion, Gliwice.
James R.K., Gilliland B.E. (2005), *Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię*, tłum. A. Bidziński, PARPA, Warszawa.
Jankélévitch V. (2005), *To, co nieuchronne. Rozmowy o śmierci*, tłum. M. Kwaterko, PIW, Warszawa.
Jankélévitch V. (2010), *Quoddite jest niezniszczalna* [w:] S. Rosiek (wyb.), D. Dmochowska, T. Swoboda (red.), *Wymiary śmierci*, Słowo/Obraz Terytoria, Gdańsk.
Jankowski D. (2000), *Szkoła wobec własnej pracy ucznia nad własnym rozwojem*, „Edukacja", nr 3, s. 51–57.
Jarosz M. (1983), *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa.
Jarosz M. (2004), *Samobójstwa. Ucieczka przegranych*, WN PWN, Warszawa.
Jarosz M. (2005), *Temporalny wymiar religijności* [w:] J. Makselon (red.), *Człowiek wobec śmierci. Aspekty psychologiczno-pastoralne*, WN PAT, Kraków.
Jarosz M. (2010), *Pojęcie duchowości w psychologii*, „Studia z Psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim", t. 16, s. 9–22.
Jaroszewska A. (2013), *Nauczanie języków obcych seniorów w Polsce. Analiza potrzeb i możliwości w aspekcie międzykulturowym*, Impuls, Kraków.
Jasper B. (2002), *Gerontologie. Lehrbuch Altenpflege*, Vincentz Verlag, Hannover.
Jurczyk-Romanowska E. (2012), *Motywacje, oczekiwania i postulaty towarzyszące seniorom w podjętej edukacji informatycznej* [w:] E. Jurczyk-Romanowska (red.), *Trzecia zmiana. Androgogiczne rozważania na temat projektu @ktywny Senior*, Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej, Wrocław.

Jurek Ł. (2009), *Zmiany stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi w Polsce i wybranych krajach* (niepublikowana praca doktorska), UE, Wrocław.

Kachaniuk H. *et al.* (2008), *Zakres działań podejmowanych przez opiekunów na rzecz osób starszych*, „Problemy Pielęgniarstwa", t. 16, z. 3, s. 255–258.

Kaczan R., Ohme M. (2007), *Badania nad stereotypami ludzi starszych i przekonaniami na temat własnej starości. Projekt działań psychoedukacyjnych dla gimnazjalistów* [w:] A.I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Popek K. (red.), *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*, Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań.

Kaczan R., Podgórna K. (2007), *Zapobieganie przemocy wobec osób starszych na przykładzie kampanii społecznych w Kanadzie* [w:] A. Fabiś (red.), *Instytucjonalne wsparcie seniorów. Rozwiązania polskie i zagraniczne*, WSA, Bielsko-Biała.

Kałuża D. (2010), *Nowożeńcy po 60.roku życia w Polsce*, „Gerontologia Polska", t. 18, nr 3, s. 148–154, http://czasopisma.viamedica.pl/gp/article/view/18887/14859 (dostęp: 31.08.2015).

Kamiński A. (1974), *Wychowanie do starości jako czynnik adaptacji ludzi starszych do nowoczesnego społeczeństwa*, „Praca i Zabezpieczenia Społeczne", nr 6.

Kamiński A. (1978), *Studia i szkice pedagogiczne*, PWN, Warszawa.

Kamiński A. (1980), *Funkcje pedagogiki społecznej*. *Praca socjalna i kulturalna*, PWN, Warszawa.

Kaniok P. (2005), *Hospicjum* [w:] J. Bragiel, S. Badora (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej*, Wyd. UO, Opole.

Kargul J. (1996), *Od upowszechniania kultury do animacji kulturalnej*, Adam Marszałek, Toruń.

Kawczyńska-Butrym Z. (2008), *Wyzwania rodziny. Zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*, Makmed, Lublin.

Kaźmierczak T. (2006), *Mapa warunków zaspokajania potrzeb społecznych*, „Praca Socjalna", nr 2.

Keirse M. (2004), *Smutek, strata, żałoba. Jak sobie z nimi radzić? Jak pomóc innym?*, tłum. M. Wężowska, Polwen, Radom.

Keirse M. (2005), *Pożegnanie z matką*, tłum. O. De Smet-Rutecka, Polwen, Radom.

Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Kornatowski T. (2010), *Co to znaczy zestarzeć się pozytywnie* [w:] K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (red.), *Pozytywna starość*, WN UM, Poznań.

Kępa E. (2012), *Historie wydobyte z cienia. Autobiograficzne relacje starszych kobiet. Aneks*, Universitas, Kraków.

Kępiński A. (2002), *Lęk*, WL, Kraków.
Kępiński A. (2013), *Psychopatie*, WL, Kraków.
Kiernikowski Z. (2004), *Rola cierpienia w dopełnianiu się życia człowieka. Spojrzenie w Świetle Biblii* [w:] R. Jaworski, A. Rusak, W. Simon (red.), *Wobec cierpienia. Konferencja Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich „Psychologia i psychoterapia wobec cierpienia", Konstancin 21–23 marca 2003 roku*, Płocki Instytut Wydawniczy, Płock.
Kijak R.J. (2013), *Życie intymne ludzi starych* [w:] R.J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
Kirkwood T. (2005), *Czas naszego życia*. *Co wiemy o starzeniu się człowieka*, tłum. M. Kowaleczko-Szumowska, Charaktery, Warszawa.
Klimczuk A. (2011), *Transfer technologii w kształtowaniu srebrnej gospodarki* [w:] M. Grzybowski (red.), *Transfer wiedzy w ekonomii i zarządzaniu*, WU AM, Gdynia.
Klimczuk A. (2013), *Srebrna gospodarka jako odpowiedź sektora prywatnego wobec starzenia się społeczeństwa*, http://odpowiedzialnybiznes.pl/artykuly/srebrna-gospodarka-jako-odpowiedz-sektora-prywatnego-wobec-starzenia-sie-spoleczenstwa (dostęp: 31.08.2015).
Klimkiewicz A. (2009), *Społeczno-prawne uwarunkowania aktywności zawodowej osób w wieku 50+ na rynku pracy*, „Polityka Społeczna", nr 2.
Klonowicz S. (1979), *Oblicza starości. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
Knowles M., Holton E., Swanson R. (2009), *Edukacja dorosłych. Podręcznik akademicki*, tłum. M. Habura, R. Ligus, A. Nizińska, WN PWN, Warszawa.
Kocemba J. (2000), *Biologiczne wyznaczniki starości* [w:] Z. Szarota, A. Panek (red.), *Zrozumieć starość*, Text, Kraków.
Kocianová R. (ed.) (2013), *Analysis and comparison of forms and methods for the education of older adults in the V4 countries*, Univerzita Karlova, Praha.
Kołakowski L. (2004), *Mini wykłady o maxi sprawach. Trzy serie*, Znak, Kraków.
Konarzewski K. (2000), *Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna*, WSiP, Warszawa.
Konieczna R. (2000), *Wpływ Uniwersytetu Trzeciego Wieku na życie codzienne słuchaczy (komunikat z badań)* [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, ITE, Łódź.
Kos E. (2013), *Wywiad narracyjny jako metoda badań empirycznych* [w:] D. Urbaniak-Zając, E. Kos, *Badania jakościowe w pedagogice. Wywiad narracyjny i obiektywna hermeneutyka*, WN PWN, Warszawa.
Kowalewska A., Jaczewski A., Komosińska A. (2005), *Problemy wieku starczego* [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*, Wyd. WSZiM, Sosnowiec.

Kowalewski K. (1996), *Wybrane aspekty przemian w domu pomocy społecznej* [w:] R. Dalecki (red.), *Pomoc społeczna w realizacji polityki socjalnej państwa*, Wojewódzki Zespół Pomocy Społecznej, Elbląg.
Kozaczuk L. (1999), *Terapia zajęciowa w domach pomocy społecznej. Poradnik metodyczny*, Śląsk, Katowice.
Krajewski M. (2011), *Instytucje kultury a uczestnicy kultury. Nowe relacje* [w:] M. Śliwa (red.), *Strategie dla kultury. Kultura dla rozwoju. Zarządzanie strategiczne instytucją kultury*, Małopolski Instytut Kultury, Kraków.
Krzemionka-Brózda D., Mariańczyk K., Świeboda-Toborek L. (red.) (2005), *Siły, które pokonają raka. Wiara, nadzieja, zdrowie*, Charaktery, Kielce.
Krzyżanowska Ł. (2008), *Raport socjologiczny z badania ankietowego osób w wieku okołoemerytalnym* (załącznik 10a do raportu z badań: *Dezaktywacja osób w wieku okołoemerytalnym*), www.mpips.gov.pl/userfiles/File/Raporty/dezaktywizacja/zal.10a.pdfwww.mpips.gov.pl/userfiles/File/Raporty/dezaktywizacja/zal.10a.pdf.www.mpips.gov.pl/userfiles/File/Raporty/dezaktywizacja/zal.10a.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Kształcenie dorosłych 2011, GUS, Warszawa 2013.
Kubicki P. (2010), *Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych*. *Ekspertyza przygotowana w ramach projektu „EAPN Polska – razem na rzecz Europy Socjalnej"*, http://www.eapn.org.pl/wp-content/uploads/2013/07/Ubostwo-i-wykluczenie-oso%C5%82b-starszych.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Kübler-Ross E. (1998), *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, tłum. I. Doleżal-Nowicka, Media Rodzina, Poznań.
Kübler-Ross E. (red.) (2008), *Śmierć. Ostatni etap rozwoju*, tłum. K. Sobiepanek-Szczęsna, MT Biznes, Warszawa.
Kumaniecki K. (1984), *Słownik łacińsko-polski. Według słownika Hermana Mengego i Henryka Kopii*, PWN, Warszawa.
Kuniński M. (1980), *Myślenie modelowe w socjologii Maxa Webera*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław.
Kurzynowski A. (2002), *Polityka społeczna – podstawowe pojęcia i zakres* [w:] A. Kurzynowski (red.), *Polityka społeczna*, Oficyna Wyd. SGH, Warszawa.
Kuypers J.A., Bengtson V.L. (1973), *Social breakdown and competence: A model of normal aging*, „Human Development", 16(3), s. 181–201.

Lalak D. (2010), *Życie jako biografia. Podejście biograficzne w perspektywie pedagogicznej*, Żak, Warszawa.
Land Salzburg, www.salzburg.gv.at (dostęp: 31.08.2015).
Längle A. (2004), *Cierpienie, wyzwanie egzystencjalne. Rozumienie, postępowanie i radzenie sobie z cierpieniem z perspektywy egzystencjalnej* [w:] R. Jaworski, A. Rusak, W. Simon (red.), *Wobec cierpienia. Konferencja Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich „Psychologia i psychoterapia*

wobec cierpienia", Konstancin 21–23 marca 2003 roku, Płocki Instytut Wydawniczy, Płock.
Lasocińska K. (2013), *Twórcze aspekty działań autobiograficznych* [w:] K. Lasocińska, J.K. Wawrzyniak, *Autobiografia jako twórcze wyzwanie. Scenariusze warsztatów biograficznych*, Żak, Warszawa.
Leszczyńska-Rejchert A. (2006), *Człowiek starszy i jego wspomaganie. W stronę pedagogiki starości*, Wyd. UWM, Olsztyn.
Lewis C.S. (2010), *Problem cierpienia*, tłum. A. Wojtasik, Esprit, Kraków.
Lew-Starowicz Z. (2000), *Seks w jesieni życia*, Bellona, Warszawa.
Lisowska E. (2008), *Diagnostyka pedagogiczna w pracy z dzieckiem i rodziną*, Wszechnica Świętokrzyska, Kielce.
Lisowska E., Stoliński Z. (red.) (2009), *Podręczny leksykon pedagogiki rodziny*, Sławomir Cudak, Kielce – Piotrków Trybunalski.
Lodge D. (2008), *Skazani na ciszę*, tłum. J. Kozłowski, Rebis, Poznań.
Lubryczyńska K. (2005), *Uniwersytety Trzeciego Wieku w Warszawie*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne – Wyd. ITE, Warszawa – Radom.

Łój G. (2004), *Uczeń Uniwersytetu Trzeciego Wieku – nowa rola emeryta* [w:] A. Fabiś (red.), *Wyzwania współczesnej edukacji dorosłych*, t. 1, *Andragogika jako przedmiot akademicki*, GWSP, Mysłowice – Zakopane.
Łój G. (2007), *Rehabilitacja a jakość życia osób w starszym wieku*, „Gerontologia Polska", t. 15, nr 4, s. 153–157.
Łuczyńska M. (1998), *Instytucja pomocy społecznej* [w:] T. Kaźmierczak, M. Łuczyńska (red.), *Wprowadzenie do pomocy społecznej. Wybrane zagadnienia*, Śląsk, Katowice.
Łukaszewski W. (2000), *Psychologiczne koncepcje człowieka* [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 1, *Podstawy psychologii*, GWP, Gdańsk.
Łukaszewski W. (2010), *Udręka życia. Jak ludzie radzą sobie z lękiem przed śmiercią*, Smak Słowa, Sopot.

Macrae C., Stangor Ch., Hewstone M. (red.) (1999), *Stereotypy i uprzedzenia*, tłum. M. Majchrzak *et al.*, GWP, Gdańsk.
Maćkowicz J. (2012), *Elder abuse in the family – polish research* [w:] *Evropské pedagogické fórum 2012. Pedagogicko-psychologické aspekty výuky*, Magnanimitas, Hradec Králové, http://www.vedeckekonference.cz/library/proceedings/epf_2012.pdf (dostęp: 8.12.2013).
Maćkowicz, J. (2014), *Importance of intergenerational relations in the context of global population ageing: Polish examples*, „European Scientific Journal", 10(2), 64–72, http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/2580 (dostęp: 31.08.2015).

Makowiec-Dąbrowska T., Bugajska J. (2006), *Czynniki zawodowe przedwczesnego obniżenia zdolności do pracy u osób starszych*, „Bezpieczeństwo Pracy", nr 2, s. 20–21.
Małecka B.Z. (1985), *Elementy gerontologii dla pedagogów*, Wyd. UG, Gdańsk.
Małecka B.Z. (2002), *Wspieranie rodziny przez osoby starsze* [w:] E. Woźnicka (red.), *Gerontologia*. *Ludzie starsi jako jednostkowe siły społeczne*, Wyd. WSHE, Łódź.
Małopolski Kongres Polityki Społecznej (2012), *(Nie)czekając na starość. Wyzwania dla polityki społecznej w obliczu demograficznych przemian*, Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej, Kraków.
Mały Rocznik Statystyczny Polski (2003), GUS, Warszawa.
Mały Rocznik Statystyczny Polski (2008), GUS, Warszawa, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/maly_rocznik_statystyczny_2008.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Márai S. (2006), *Księga ziół*, tłum. F. Netz, Czytelnik, Warszawa.
Marketing 65+. Badania przeprowadzone przez Agencję Praktycy.com (2010), http://slideshare.net/mediamikser/marketing-65-badanie-pdf (dostęp: 31.08.2015).
Martin M., Kliegel M. (2005), *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*, Kohlhammer, Stuttgart.
Maruszewski M., Reykowski J., Tomaszewski T. (1966), *Psychologia jako nauka o człowieku*, KiW, Warszawa.
Marwedel U. (2004), *Gerontologie und Gerontopsychiatrie lernfeldorientiert*, Europa Lehrmittel, Haan-Gruiten.
Marynowicz-Hetka E. (2006), *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, WN PWN, Warszawa.
Maslow A.H. (2006), *Motywacja i osobowość*, tłum. J. Radzicki, WN PWN, Warszawa.
Matula S. (2004), *Przygotowanie do starości. Trud warty ponoszenia*, „Res Humana", nr 4–5, s. 11–15.
Mazur A. *et al.* (2009), *Szanse i bariery zatrudniania osób w wieku 45+ w województwie pomorskim. Raport końcowy*, Tekst, Gdańsk.
Mielczarek A. (2010), *Człowiek stary w domu pomocy społecznej. Z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej*, Akapit, Toruń.
Milerski B., Śliwerski B. (red.) (2000), *Pedagogika*, WN PWN, Warszawa.
Miller A. (1999), *Zniewolone dzieciństwo. Ukryte źródła tyranii*, tłum. B. Przybyłowska, Media Rodzina, Poznań.
Miller A. (2000), *Ścieżki życia. Historie, w których każdy odnaleźć może własne losy*, tłum. A. Gierlińska, Media Rodzina, Poznań.
Miller A. (2006a), *Bunt ciała*, tłum. A. Gierlińska, Media Rodzina, Poznań.
Miller A. (2006b), *Gdy runą mury milczenia. Prawda faktów*, tłum. J. Hockuba, Media Rodzina, Poznań.

*My, M-Łodzi Duchem dla Łodzi – program „Aktywizacja społeczna osób starszych" realizowany dzi*ęki *MPiPS przez Stowarzyszenie Edukacyjne Centrum Integracji Międzypokoleniowej HIPOKAMP w Łodzi*, www.seniorzy-hipokamp.pl (dostęp: 31.08.2015).

Moritz M. (2002), *Trening umysłu jako forma utrzymania aktywności intelektualnej ludzi starych* [w:] K. Obuchowski (red.), *Starość i osobowość*, Wyd. AB, Bydgoszcz.

Mossakowska M., Jaczewska B. (2005), *Program badania polskich stulatków*, „Gerontologia Polska", t. 13, nr 2, s. 128.

Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.) (2012), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia, Poznań, http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf (dostęp: 31.08.2015).

Muchnicka-Djakow I. (1984), *Czas wolny w klubie seniora*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa.

Muszyński M. (2011), *Jaka przyszłość teorii starzenia się? W stronę interdyscyplinarności – propozycja integralnej teorii gerontologii społecznej* [w:] A. Fabiś, M. Muszyński (red.), *Społeczne wymiary starzenia się*, „Biblioteka Gerontologii Społecznej", t. 4, WSA, Bielsko-Biała.

Muszyński M. (2015), *Przegląd wybranych stanowisk dotyczących teorii gerotranscendencji* (praca w przygotowaniu).

Nagrody za działania przyjazne pracownikom po 50. roku życia (2011), http://wiadomosci.onet.pl/kraj/nagrody-za-dzialania-przyjazne-pracownikom-po-50-roku-zycia/wcz34 (dostęp: 31.08.2015).

Najstarszy polski pracownik ma 95 lat (2011), http://wiadomosci.onet.pl/kraj/najstarszy-polski-pracownik-ma-95-lat/sk8m2 (dostęp: 31.08.2015).

National Center on Elder Abuse, http://www.ncea.aoa.gov/faq/index.aspx (dostęp: 31.08.2015).

Nerło M. (2007), *Kryzys suicydalny w okresie późnej dorosłości* [w:] A.I. Brzezińska *et al.* (red.), *Zagrożenia rozwoju w okresie późnej dorosłości*, Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań.

Neugarten B.L. (ed.) (1968), *Middle age and aging: A reader in social psychology*, The University of Chicago Press, Chicago – London.

Neugarten B.L., Havighurst R.J., Tobin S.S. (1961), *The measurement of life satisfaction*, „Journal of Gerontology", 16(2), 134–143.

Nieszporek E., Siwczyk M. (2011), *Silver economy*, http://www.egospodarka.pl/74708, Silver-economy,1,39,1.html (dostęp: 7.10.2013).

Oates J.C. (2011), *Opowieść wdowy. Wspomnienia*, tłum. K. Karłowska, Rebis, Poznań.
Obserwatorium Integracji Społecznej (2012), *Seniorzy w województwie śląskim. Raport z badań ilościowych zrealizowanych w 2012 roku*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego, Katowice.
Obuchowski K. (1966), *Psychologia dążeń ludzkich*, PWN, Warszawa.
Obuchowski K. (1983), *Psychologia dążeń ludzkich*, PWN, Warszawa.
Odwrócona hipoteka trafi do Sejmu. Będzie uczciwiej i bezpieczniej? (2013), http://tvn24bis.pl/wiadomosci-gospodarcze,71/odwrocona-hipoteka-trafi-do-sejmu-bedzie-uczciwiej-i-bezpieczniej,363312.html http://www.tvn24.pl/biznes--gospodarka,6/odwrocona-hipoteka-trafi-do-sejmu-bedzie-uczciwiej-i-bezpieczniej, 363312.html (dostęp: 16.11.2013).
Okoń W. (2004), *Nowy słownik pedagogiczny*, Żak, Warszawa.
Okun B.F. (2002), *Skuteczna pomoc psychologiczna*, tłum. J. Suchecki, Instytut Psychologii Zdrowia – Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.
Oleś P.K. (2003), *Wprowadzenie do psychologii osobowości*, Scholar, Warszawa.
Oleś P.K. (2011), *Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość – zmiana – integracja*, WN PWN, Warszawa.
Oliwińska I. (2008), *Style życia współczesnych Polaków* [w:] P. Szukalski (red.), *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Raport z badań*, ISP – ZUS, Warszawa.
Olson L.K. (1982), *The political economy of aging. The state, private power, and social welfare*, Columbia University Press, New York.
Orzechowska G. (1999), *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, WSP, Olsztyn.
Orzechowska G. (2001), *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, UWM, Olsztyn.
Orzechowska G. (2002), *Samoocena aktywności osób starszych zamieszkujących różne środowiska*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi", nr 7, s. 41–47.
Osiecka-Chojnacka J. (2012), *Społeczne opinie o starości a wdrażanie idei aktywnego starzenia się*, „Studia BAS", nr 2(30), s. 119–121.
Osińska K. (1980), *Twórcza obecność chorych*, Pax, Warszawa.
Osoby niepełnosprawne i ich gospodarstwa domowe, 2002 (2003), GUS – Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/warsz/ASSETS_07_uwagi_analityczne.pdf (dostęp: 26.11.2012).
Ostrowska A. (2005), *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa.
Ożóg T. (2004), *Aksjologiczne problemy późnej dorosłości* [w:] J. Kostkiewicz (red.), *Aksjologia edukacji dorosłych*, Wyd. KUL, Lublin.

Ożóg T. (2006), *O kilku rzeczach istotnych dla późnej dorosłości* [w:] S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wyd. KUL, Lublin.

Panek T., Czapiński J. (red.) (2011), *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, CRZL, Warszawa.
Payne M. (2011), *Citizenship social work with older people*, Lyceum Books, Chicago.
Pędich W. (1996), *Ludzie starzy*, CRSS, Warszawa.
Pędich W. (2006), *Gerontologia i geriatria* [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Via Medica, Gdańsk.
Pędich W., Jakubowska D., Kunda T. (1983), *Pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL, Warszawa.
Piasecka-Sobkiewicz M. (2013), *Odwrócona hipoteka dobije seniora? Czyli jak rząd chce pomóc starszym*, http://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/738778,odwrocona-hipoteka-dobije-seniora-czyli-jak-rzad-chce-pomoc-starszym.html (dostęp: 31.08.2015).
Pietrasiński Z. (1996), *Rozwój dorosłych* [w:] T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do andragogiki*, ITE, Warszawa.
Pilecka B. (red.) (1986), *Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia*, Wyd. WSP, Rzeszów.
Piotrowski J. (1973), *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, PWN, Warszawa.
Płuciennik M. (2012), *Pacjent kontra choroba, czyli słów kilka o postawach wobec choroby*, http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=621 (dostęp: 31.08.2015).
Polacy 50+ cyfrowo wykluczeni?, http://dojrzaloscwsieci.pl/aktualnosci-wiecej/items/polacy-50-cyfrowo-wykluczeni.html (dostęp: 31.08.2015).
Polacy na temat aktywności zawodowej seniorów – raport z badania (2011), https://www.google.pl/search?q=Polacy+na+temat+aktywno%C5%9Bci+zawodowej+senior%C3%B3w+%E2%80%93+raport+z+badania&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=3WqfVbnLLoWWygOTkLXgBA (dostęp: 31.08.2015).
Popielski K. (2005), *Psychologiczne aspekty doświadczania schorzeń reumatycznych*, „Reumatologia", nr 43(3), s. 160–165.
Popielski K. (2008), *Wartości i ich społeczno-kulturowe znaczenie* [w:] K. Popielski (red.), *Wartości dla życia*, Wyd. KUL, Lublin.
Pospiszyl I. (1994), *Przemoc w rodzinie*, WSiP, Warszawa.
Półturzycki J. (2014), *Profesor Halina Szwarc – twórczyni uniwersytetów trzeciego wieku w Polsce* [w:] M. Stawiak-Ososińska, A. Szplit (red.), *Historyczno-społeczne aspekty starzenia się i starości*, TOP, Kielce.

Prawda M. (1987), *Cykl życia jednostki a wartość pracy*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wyd. PAN, Wrocław.
Pruszyński J.J. (2009), *Rozpoznawanie objawów przemocy u pacjentów zgłaszających się do przychodni i oddziałów neurologicznych*, „Postępy Nauk Medycznych", nr 11, s. 894–898.
Puchalska M. (1986), *Starość jako faza rozwoju człowieka* [w:] I. Borsowa *et al.* (red.), *Encyklopedia seniora*, Wiedza Powszechna, Warszawa.

Racław M. (red.) (2011), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Fundacja Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
Rajska-Neuman A. (2005), *Stanowisko Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce* [w:] B. Tokarz (red.), *Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? Głos ekspertów, doświadczenia osób starszych*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa.
Raport NSP (2002), http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/raport_z_wynikow_nsp_ludnosci_i_mieszkan_2002.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Rembowski J. (1984), *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, PWN, Warszawa.
Reszke I. (1991), *Problemy bezrobocia kobiet*, „Studia Socjologiczne", nr 3–4, s. 81–91.
Reykowski J. (1978), *Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności* [w:] T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, PWN, Warszawa.
Richard K.J., Burl E.G. (2005), *Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię*, tłum. A. Bidziński, PARPA, Warszawa.
Riley M.W. (1971), *Social gerontology and the age stratification of society*, „The Gerontologist", 11, 79–87.
Rocznik Demograficzny (2008), GUS – Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
Rocznik Demograficzny (2014), GUS – Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa, http://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fstat.gov.pl%2Fdownload%2Fgfx%2Fportalinformacyjny%2Fpl%2Fdefaultaktualnosci%2F5515%2F3%2F8%2F1%2Frocznik_demograficzny__2014.pdf&ei=99GDVbPXNIuYsgGPhrTwBw&usg=AFQjCNHFWUuwUxXp1lM3h4tjAKX68Pdrag&bvm=bv.96042044,d.bGg (dostęp: 31.08.2015).
Rocznik Statystyczny RP (2008), GUS, Warszawa.
Rocznik Statystyczny RP (2011), GUS, Warszawa.
Rocznik Statystyczny RP (2013), GUS, Warszawa.
Rogalski W. (1996), *Działalność kulturalna jako sytuacja komunikacji kulturowej* [w:] T. Aleksander (red.), *Wybrane problemy edukacji i wychowania dorosłych w okresie przekształceń ustrojowych*, Impuls, Kraków.

Roos N.P., Havens B. (1991), *Predictors of successful aging. A twelve-year study of Manitoba elderly*, „American Journal of Public Health", 81(1), 63–68.
Rose A.M. (1965), *The subculture of the aging. A framework for Research In Social Gerontology* [w:] W.A. Peterson, A.M. Rose (eds.), *Older people and their social world. The subculture of ageing*, Davis, Philadelphia.
Rosen M. von, Bergman I. (2007), *Trzy dzienniki*, tłum. T. Szczepański, Słowo/Obraz Terytoria, Gdańsk.
Rosset E. (1959), *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*, PWG, Warszawa.
Rosset E. (1967), *Ludzie starzy. Studium demograficzne*, PWE, Warszawa.
Rowe J.W., Kahn R.L. (1987), *Human aging: Usual and successful*, „Science", 237, 143–149.
Rowe J.W., Kahn R.L. (1997), *Successful aging*, „The Gerontologist", 37(4), 433–440.
Rowe J.W., Kahn R.L. (1998), *Successful aging*, Pantheon Books, New York.
Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011 r. w sprawie obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych (Dz.U. 2011 nr 179 poz. 1065).
Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie przyznawania kombatantom i innym osobom uprawnionym świadczenia w wysokości dodatku kombatanckiego, dodatku kompensacyjnego oraz ryczałtu energetycznego (Dz.U. 2014 poz. 999).
Rubacha K. (2008), *Metodologia badań nad edukacją*, WAiP, Warszawa.
Rusaczyk M. (red.) (2008), *Teoria opanowania trwogi. Dyskurs w literaturze amerykańskiej*, Scholar, Warszawa.
Rutkowski J. (1991), *Badania jakości życia* [w:] W. Łagodziński (red.), *Jakość życia i warunki bytu*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
Rybczyńska I. (1994), *Jak być kochaną babcią?*, Jacek Santorski, Warszawa.
Ryff C.D., Singer B. (2004), *Paradoks kondycji ludzkiej. Dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci* [w:] J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, tłum. J. Kowalczewska *et al.*, WN PWN, Warszawa.
Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 (2013), http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1_NOWA%20STRONA/Seniorzy/Program%20ASOS%202014-2020.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Rząd zajmie się Programem na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (2013), http://wiadomosci.onet.pl/kraj/rzad-zajmie-sie-programem-na-rzecz-aktywnosci-spolecznej-osob-starszych/7hm82 (dostęp: 31.08.2015).
Rzymkowska A., Suchańska B., Suchańska M. (2007), *Problemy edukacyjne kobiet w okresie późnej dorosłości* [w:] A.I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R.

Stec, K. Popek (red.), *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*, Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań.

Sadowska A. (2006), *Agresywne zachowania chorych na Alzheimera*, „Niebieska Linia", nr 6, s. 24–26.

Safeguarding older people from abuse and neglect (2015), http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/Factsheets/FS78_Safeguarding_older_people_from_abuse_fcs.pdf?epslanguage=en-GB?dtrk=true (dostęp: 31.08.2015).

Schaff A. (1981), *Stereotypy a działanie ludzkie*, KiW, Warszawa.

Schimanek T. (2010), *Społeczne uwarunkowania i konsekwencje niskiej aktywności zawodowej osób 50+ oraz rozwiązania służące jej zwiększeniu* [w:] *Aktywizacja zawodowa osób 50+ i zarządzanie wiekiem. Informacje użyteczne dla instytucji rynku pracy*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa.

Schmitt É.-E. (2010), *Oskar i pani Róża*, tłum. B. Grzegorzewska, Znak, Kraków.

Schulz R., Heckhausen J. (1996), *A life span model of successful aging*, „American Psychologist", 51(7), 702–714.

Schumacher J., Gunzelmann T., Brähler E. (1996), *Lebenszufriedenheit im Alter – Differentielle Aspekte und Einflußfaktoren*, „Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie", 1.

Seligman M.E.P. (2000), *Positive psychology* [w:] J.E. Gillham (ed.), *The science of optimism and hope: Research essays in honor of Martin E.P. Seligman*, Templeton Foundation Press, Philadelphia.

Seltzer M.M. (1983), *A proposed sociology of gerontology*, „Gerontology and Geriatrics Education", 4(2), 3.

Semków J. (2007), *Andragogiczne uniwersalia – mit czy rzeczywistość*? [w:] E. Dubas (red.), *Uniwersalne problemy andragogiki i gerontologii*, Wyd. UŁ, Łódź.

Seńczuk W. (1994), *Toksykologia żywności* [w:] W. Seńczuk (red.), *Toksykologia. Podręcznik dla studentów farmacji*, PZWL, Warszawa.

Seredyńska D. (2013), *Dyskursy edukacyjne o starości w naukach humanistycznych i społecznych. Analiza konferencji ogólnopolskich*, Wyd. UKW, Bydgoszcz.

Siemianowski A. (2003), *Wartości i sens życia z punktu widzenia ontologicznego*, „Studia Gnesnensia", t. 17, s. 109–132.

Sikora T. (2005), *Ośrodki wsparcia dziennego* [w:] J. Brągiel, S. Badora (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej*, Wyd. OP, Opole.

Skibińska E. (2006), *Mikroświaty kobiet. Relacje autobiograficzne*, WP UW – Wyd. ITE, Warszawa – Radom.

Skibińska E. (2008), *Proces kształcenia seniorów* [w:] A. Fabiś (red.), *Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów*, „Biblioteka

Gerontologii Społecznej", t. 1, WSA, Bielsko-Biała.
Smolińska-Theiss B. (1997), *Od opieki do prewencji*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze", nr 10, s. 3–10.
Smykowska D. (2007), *Instytucje wsparcia społecznego. Skrypt dla studentów*, WSI, Łódź.
Sobol E. (red.) (1995), *Słownik wyrazów obcych*, WN PWN, Warszawa.
Sobol E. (red.) (2003), *Słownik wyrazów obcych*, WN PWN, Warszawa.
Sójka J. *et al.* (2012), *Po co seniorom kultura? Badania kulturalnych aktywności osób starszych. Raport*, UAM, Poznań.
Special Eurobarometer 378. Active Ageing (2012), European Commission, http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_sum_en.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Sperling W., Biermann T., Reulbach U. (2006), *Sucht und Drogen* [w:] W. Oswald, U. Lehr, C. Siener, J. Kronhuber (Hrsg.), *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*, Kohlhammer, Stuttgart.
Spytek-Bandurska G. (2012), *Aktywizacja zawodowa osób w fazie późnej dojrzałości i starszych w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje", nr 17(7), s. 91–112.
Staręga-Piasek J. (1975), *Niematerialne potrzeby ludzi starszych* [w:] J. Piotrowski (red.), *Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce. Pamiętnik I Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Warszawa 2–3 grudnia 1974 r.*, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, Warszawa.
Staręga-Piasek J. (1976), *Ludzie starzy a praca zawodowa*, KiW, Warszawa.
Staręga-Piasek J. (1982), *Sytuacja rodzinna i psychospołeczna* [w:] *Sytuacja życiowa osób starszych*, GUS ZBSE, Warszawa.
Staręga-Piasek J., Lisowski A., Suchecka J. (1985), *Starość psychospołeczna i potrzeby opieki medycznej ludzi starych*, SGPiS, Warszawa.
Starr B.D., Weiner M.B. (1982), *Liebe und Sexualität in reiferen Jahren*, Scherz, Bern – München.
Steuden S. (2009), *Szczęśliwi po pięćdziesiątce*, WAiP, Warszawa.
Steuden S. (2012), *Psychologia starzenia się i starości*, WN PWN, Warszawa.
Stojecka-Zuber R., Róg A. (red.) (2009), *System opieki i pomocy. Założenia a rzeczywistość*, Wyd. PWSZ, Tarnobrzeg.
Straś-Romanowska M. (2000), *Późna dorosłość. Wiek starzenia się* [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, *Charakterystyka okresów życia*, WN PWN, Warszawa.
Straś-Romanowska M. (2007), *Późna dorosłość. Wiek starzenia się* [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, *Charakterystyka okresów życia*, WN PWN, Warszawa.
Straś-Romanowska M. (2012), *Człowiek starszy wobec wyzwań współczesności* [w:] J. Gulanowski (red.), *Uniwersytety Trzeciego Wieku. Przeciw*

wykluczeniu, dla społeczeństwa wiedzy, Argi, Wrocław.
Strelau J. (2000a), *Osobowość jako zespół cech* [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, *Psychologia ogólna*, GWP, Gdańsk.
Strelau J. (red.) (2000b), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, GWP, Gdańsk.
Struktura wysokości emerytur i rent wypłacanych przez ZUS po waloryzacji w marcu 2011 (2011), ZUS, Warszawa.
Stuart-Hamilton I. (2006), *Psychologia starzenia się. Wprowadzenie*, Zysk i S-ka, Poznań.
Styron W. (2012), *Ciemność widoma. Esej o depresji*, tłum. J. Korpanty, Świat Książki, Warszawa.
Susułowska M. (1986), *Psychologiczne problemy człowieka starego* [w:] I. Borsowa *et al.*, *Encyklopedia seniora*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
Susułowska M. (1989), *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa.
Suwała M., Gerstenkorn A. (2006), *Rozpoznawanie problemów alkoholowych u osób powyżej 65 lat*, „Gerontologia Polska", t. 14, nr 4, s. 172–178.
Sydow K. von (1992), *Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen*, Reinhardt, München.
Sygit E. (2008), *Dlaczego dyskryminujemy osoby starsze?*, „Psychogeriatria Polska", vol. 5, nr 4, s. 153–158.
Synak B. (red.) (2000), *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Wyd. UG, Gdańsk.
Synak B. (2002), *Problematyka badawcza i charakterystyka badań* [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wyd. UG, Gdańsk.
Synak B. (2003), *Polska starość – próba zarysowania diagnozy i kierunku przemian*, „Praca Socjalna", nr 2, s. 14–15.
Sytuacja osób powyżej 50. i 60. roku życia na rynku pracy Dolnego Śląska. Raport końcowy (2013), Obserwatorium Dolnośląskiego Rynku Pracy i Edukacji, Wrocław.
Szarfenberg R. (2001), *Sprawiedliwość społeczna* [w:] B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Leksykon polityki społecznej*, Aspra-jr, Warszawa.
Szarfenberg R. (red.) (2011), *Polski raport social watch 2010. Ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce. Raport krajowy Polskiej Koalicji Social Watch i Polskiego Komitetu European Anti-Powerty Network*, Kampania Przeciw Homofobii, Warszawa, http://www.kph.org.pl/publikacje/raport_sw_2010.pdf (dostęp: 26.11.2012).
Szarota Z. (1998), *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, WN WSP, Kraków.
Szarota Z. (2004), *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, WN AP, Kraków.
Szarota Z. (2010), *Starzenie się i starość. W wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*, WN UP, Kraków.
Szarota Z. (red.) (2011a), *Aktywizacja, rozwój, integracja. Ku niezależnej starości*, „Biblioteka Gerontologii Społecznej", t. 2, Oficyna Wyd. AFM,

Kraków.
Szarota Z. (2011b), *Najstarsi beneficjenci pomocy społecznej* [w:] Z. Szarota (red.), *Starość zależna. Opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej*, „Biblioteka Gerontologii Społecznej", t. 3, Oficyna Wyd. AFM, Kraków.
Szarota Z. (2013), *Wartości służące pomyślnemu starzeniu się* [w:] I. Adamek, Z. Szarota, E. Żmijewska (red.), *Wartości w teorii i praktyce edukacyjnej*, WN UP, Kraków.
Szatur-Jaworska B. (1999), *Życie rodzinne ludzi starych w Polsce*, „Polityka Społeczna", nr 9, s. 17–19.
Szatur-Jaworska B. (2000), *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Aspra-jr, Warszawa.
Szatur-Jaworska B. (2003), *Polityka społeczna a aktywizacja seniorów* [w:] B. Tokarz (red.), *Jesień, moja ulubiona pora roku. Atlas złotego wieku*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa.
Szatur-Jaworska B. (2004), *Praca dla osób starszych* [w:] S. Golinowska, M. Boni, L. Nowak (oprac.), *W trosce o pracę*, „Raport o Rozwoju Społecznym. Polska 2004", Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa.
Szatur-Jaworska B. (2005), *Dyskryminacja ludzi starszych ze względu na wiek w obszarze pomocy społecznej* [w:] B. Tokarz (red.), *Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? Głos ekspertów, doświadczenia osób starszych*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa.
Szatur-Jaworska B. (2006), *Jakość życia w okresie starości* [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wyd. UwB, Białystok.
Szatur-Jaworska B. (2012a), *Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce*, „Studia BAS", nr 2(30), s. 59–76, http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/6878635CC2E6CCFBC1257A37002A5389/$file/BAS_30-4.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Szatur-Jaworska B. (2012b), *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości* [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, społeczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce*, Termedia, Warszawa, http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M. (2006), *Podstawy gerontologii społecznej*, Aspra-jr, Warszawa.
Szczepański J. (1978), *Sprawy ludzkie*, Czytelnik, Warszawa.
Szczerbińska K. (2006), *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*. *Raport z badań*, Wyd. UJ, Kraków.
Szczygieł M. (2010), *Zróbmy sobie raj*, Czarne, Wołowiec.

Szewczyk W. (1994), *Rozumieć siebie i innych. Zarys psychologii*, Biblos, Tarnów.
Szkudlarek T. (1992), *Postmodernistyczne pedagogie. Ameryka wobec wyzwań kulturowego przełomu* [w:] B. Śliwerski (red.), *Edukacja alternatywna – dylematy teorii i praktyki*, Impuls, Kraków.
Szmigielska B., Bąk A., Hołda A. (2012), *Seniorzy jako użytkownicy internetu*, „Nauka", nr 2, s. 141–155.
Szukalski P. (2000), *Najstarsi Polacy. Szkic demograficzny*, „Gerontologia Polska", nr 8, s. 3–8.
Szukalski P. (2004), *Dyskryminacja ze względu na wiek (ageism) – przyczyny, przejawy, konsekwencje*, „Polityka Społeczna", nr 2.
Szukalski P. (2007), *Wdowieństwo w starszym wieku w Polsce*, „Gerontologia Polska", t. 14, nr 2, s. 63–70.
Szukalski P. (2008a), *Przygotowanie do starości jako zadanie jednostek i zbiorowości* [w:] P. Szukalski (red.), *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Raport z badań*, ISP – ZUS, Warszawa.
Szukalski P. (2008b), *Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku* [w:] P. Szukalski (red.), *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Raport z badań*, ISP – ZUS, Warszawa.
Szukalski P. (2008c), *Zagrożenia praw osób starszych na rynku pracy w Polsce* [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, Biuro RPO, Warszawa.
Szukalski P. (red.) (2009), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, ISP – ZUS, Warszawa.
Szukalski P. (2014), *Małżeństwa zawierane w starszym wieku – szkic demograficzny* [w:] A. Zych (red.) *Starość darem, zadaniem, wyzwaniem*, Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem", Sosnowiec – Dąbrowa Górnicza, http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/5345/M.pdf?sequence=4&isAllowed=y (dostęp: 31.08.2015).
Szymanek Z. (2010), *Podmiotowe i społeczne uwarunkowania edukacji seniorów* [w:] D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*, Biblioteka, Łódź, s. 163–173.
Szymborska W. (2012), *Tutaj*, Znak, Kraków.

Śliwerski B. (1997), *Krytyczna teoria wychowania wobec osób starszych w toksycznym społeczeństwie* [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Przygotowanie do starości. Materiały z konferencji gerontologicznej, Łódź, 18–19 października 1996*, ZOD UŁ, Łódź.

Taylor A., Gosney M. (2001), *Sexuality in older age: Essential considerations for healthcare professionals*, „Age and Ageing", 40(5), 538–543.

The DASIS report: Adults aged 65 or older in substance abuse treatment (2005), www.oas.samhsa.gov/2k7/olderTX/olderTX.htm (dostęp: 1.12.2012).
The Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test, http://www.specassociates.org/docs/H-S%20EAST.pdf (dostęp: 31.08.2015).
The National Elder Abuse Incidence study. Final report (1998), http://aoa.gov/AoA_Programs/Elder_Rights/Elder_Abuse/docs/ABuseReport_Full.pdf (dostęp: 31.08. 2015).
Thomae H. (1983), *Motivationsbegriffe und Motivationstheorien* [w:] *Enzyklopädie der Psychologie*, C, Serie IV, Göttingen, Hogrefe.
Tibbits C. (1960), *Handbook of social gerontology. Societal aspects of aging*, University of Chicago Press, Chicago.
Tillich P. (1994), *Męstwo bycia*, tłum. H. Bednarek, Rebis, Poznań.
Timoszyk-Tomczak C., Bugajska B. (2012), *Przyszłościowa perspektywa czasowa w starości*, WN US, Szczecin.
Tłokiński W. (1990), *Mowa ludzi u schyłku życia*, PWN, Warszawa.
Tobiasz-Adamczyk B. (red.) (2009), *Przemoc wobec osób starszych*, Wyd. UJ, Kraków.
Tokaj A. (2008), *Krótka refleksja nad samotną i osamotnioną starością* [w:] R. Konieczna-Woźniak (red.), *Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – radości – dylematy*, WN UAM, Poznań.
Tokarz B. (red.) (2005), *Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? Głos ekspertów, doświadczenia osób starszych*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa.
Tokarz J. (2005), *Aktywność zawodowa starszych pracowników w Unii Europejskiej* [w:] B. Tokarz (red.) *Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? Głos ekspertów, doświadczenia osób starszych*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa.
Tokarz J. (red.) (2007), *Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa.
Tomczyk Ł. (2008), *Wykluczenie cyfrowe w społeczeństwie informacyjnym* [w:] P. Sienkiewicz, J.S. Nowak (red.), *Społeczeństwo informacyjne. Krok naprzód, dwa kroki wstecz*, Polskie Towarzystwo Informatyczne, Katowice.
Tomczyk Ł. (2012a), *O niektórych prakseologicznych aspektach kształcenia seniorów z zakresu technologii informacyjnej* [w:] E. Dubas, A. Wąsiński (red.), *Edukacyjna przestrzeń starości. Wybrane konteksty refleksji i badań*, „Biblioteka Gerontologii Społecznej", t. 1, Śląsk – WSA, Katowice – Bielsko-Biała.
Tomczyk Ł. (2012b), *Wybrane determinanty kształcenia seniorów w dziedzinie nowych mediów na przykładzie Cieszyńskiego Uniwersytetu III Wieku* [w:] E. Dubas, A. Wąsiński (red.), *Edukacyjna przestrzeń starości. Wybrane konteksty refleksji i badań*, „Biblioteka Gerontologii Społecznej", t. 1, Śląsk – WSA, Katowice – Bielsko-Biała.

Tomczyk Ł. (2014), *Metody i formy edukacji osób starszych* [w:] A. Fabiś, M. Muszyński, Ł. Tomczyk, M. Zrałek, *Starość w Polsce, aspekty społeczne i edukacyjne*, Wyd. PWSZ, Oświęcim.
Tomczyk Ł. (2015), *Vzdělávání seniorů v oblasti nových médií*, Asociace Institucí Vzdělávání Dospělých ČR, Praha.
Tornstam L. (2005), *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*, Springer Publishing, New York.
Tornstam L. (2011), *Maturing into Gerotranscendence*, „The Journal of Transpersonal Psychology", 43(2), 166–180.
Trafiałek E. (2000), *Podstawy pracy socjalnej*, Wszechnica Świętokrzyska, Kielce.
Trafiałek E. (2003), *Polska starość w dobie przemian*, Śląsk, Katowice.
Trafiałek E. (2006), *Starzenie się i starość*. *Wybór tekstów z gerontologii społecznej*, Wszechnica Świętokrzyska, Kielce.
Trafiałek E. (2011), *Profilaktyka wykluczenia społecznego ludzi starych* [w:] B. Matyjas, M. Gościniewicz (red.), *Człowiek stary w rodzinie – o trudnym problemie przemocy wobec starszych*, Jedność, Kielce.
Transgenerational Product Examples, www.transgenerational.org/resources/products.htm (dostęp: 11.10.2013).
Tryfan B. (1971), *Problemy ludzi starych na wsi. Studium porównawcze sytuacji w Polsce i we Francji*, PWN, Warszawa.
Trzebińska E. (2004), *Negatywne uczucia. Koszty i pożytki* [w:] R. Jaworski, A. Rusak, W. Simon (red.), *Wobec cierpienia. Konferencja Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich „Psychologia i psychoterapia wobec cierpienia", Konstancin 21–23 marca 2003 roku*, Płocki Instytut Wydawniczy, Płock.
Tucholska S. (2006), *Ryzyko zachowań samobójczych osób starszych* [w:] S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wyd. KUL, Lublin.
Twardowska-Rajewska J. (2007), *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*, WN UAM, Poznań.
Twardowska-Rajewska J., Rajewska de Mezer J. (2005), *Nadużycia wobec seniorów w ich rodzinach* [w:] M. Binczycka-Anholcer (red.), *Przemoc i agresja jako problem zdrowia publicznego*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, Warszawa.
Tyszka A. (1971), *Uczestnictwo w kulturze. O różnorodności stylów życia*, PWN, Warszawa.

Ubóstwo w Polsce w 2010 r. Informacja sygnalna (2011), GUS, Warszawa.
Ubóstwo w Polsce w 2011 r. (2012), GUS, Warszawa, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WZ_ubostwo_w_polsce_2011.pdf (dostęp: 31.08.2015).

Urbaniak-Zając D. (2011), *Biograficzna perspektywa badawcza* [w:] E. Kowalska-Dubas, W. Świtalski (red.), *Uczenie się z (własnej) biografii*, Wyd. UŁ, Łódź.
Ustawa z dnia 28 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz.U. nr 16 poz. 94).
Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593).

Wadensten B. (2007), *The theory of gerotranscendence as applied to gerontological nursing – Part I*, http://www.soc.uu.se/digitalAssets/235/235770_1wadensten_i.pdf (dostęp: 17.06.2015).
Warunki mieszkaniowe gospodarstw domowych i rodzin, 2002 (2003), GUS – Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
Wawrzyniak J.K. (2007), *Przemoc w starości* [w:] J.K. Wawrzyniak (red.), *Socjologiczne i psychopedagogiczne aspekty przemocy*, Wyd. WSHE, Łódź.
Wawrzyniak J.K. (2009), *Oblicza starości. Biografia jako źródło czynników adaptacyjnych*, Wyd. WSHE, Łódź.
Wawrzyniak J.K. (2010), *Społeczno-kulturowy wizerunek starości* [w:] W. Horyń, J. Maciejewski (red.), *Nauczyciel andragog we współczesnym społeczeństwie*, Wyd. UWr, Wrocław.
Wawrzyniak J.K. (2011), *Samobójstwo w starości jako sposób na uniknięcie obniżenia jakości życia* [w:] A. Fabiś, M. Muszyński (red.), *Społeczne wymiary starzenia się*, WSA, Bielsko-Biała.
Wawrzyniak J.K. (2013), *Retrospekcja i adaptacja. Biografia jako możliwość samorozwoju w okresie dorosłości* [w:] K. Lasocińska, J.K. Wawrzyniak, *Autobiografia jako twórcze wyzwanie. Scenariusze warsztatów biograficznych*, Żak, Warszawa.
Widlitz M., Marin D.B. (2002), *Substance abuse in older adults: An overview*, „Geriatrics", 57(12), 29–34.
Wieczorowska-Tobis K. (2011), *Specyfika pacjenta starszego* [w:] K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. Borowicz (red.), *Fizjoterapia w geriatrii*, PZWL, Warszawa.
Wilmowska-Pietruszyńska A. (2009), *Niepełnosprawność*, „Orzecznictwo Lekarskie", nr 2.
Wilmowska-Pietruszyńska A. (2012), *Niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji* [w:] J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa – Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
Wingchen J. (2004), *Geragogik. Von der Interventionsgerontologie zur Seniorenbildung*, Brigitte Kunz Verlag, Hannover.
Wiśniewska-Roszkowska K. (1994), *Nowe życie po sześćdziesiątce*, Tum, Wrocław.

Wiśniewska-Roszkowska K. (2003), *Nowe życie po sześćdziesiątce*, Polwen, Radom.
Wiśniewski Z. (red.) (2009a), *Determinanty aktywności zawodowej ludzi starszych*, TNOiK „Dom Organizatora", Toruń.
Wiśniewski Z. (red.) (2009b), *Zarządzanie wiekiem w organizacjach wobec procesów starzenia się ludności*, TNOiK „Dom Organizatora", Toruń.
Witkowski L. (2005), *Człowiek i profesjonalizm w pracy socjalnej (czyli jak bronić wolontariat przed woluntaryzmem – spojrzenie filozofa)* [w:] B. Kromolicka (red.), *Wolontariat w obszarze humanistycznych wyzwań opiekuńczych*, Akapit, Toruń.
Wojciszke B. (2006), *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*, Scholar, Warszawa.
Woodworth R.S., Schlosberg M. (1967), *Psychologia eksperymentalna*, tłum. J. Ekel, A. Lewicki, PWN, Warszawa.
Worach-Kardas H. (1983), *Wiek a pełnienie ról społecznych*, PWN, Warszawa.
World Internet Project. Poland 2010, http://www.obserwatorium.org/images/raport-net.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Woźniak B., Tobiasz-Adamczyk B., Brzyska M. (2010), *Omówienie wyników projektu „Breaking the Taboo. Empowering health and social service professionals to combat violence against older women within families. Polska na tle wybranych krajów europejskich"*, „Gerontologia Polska", t. 18, nr 1, s. 35–37.
Woźniak Z. (2006), *Dziesięć zasad dobrego starzenia się* [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej*, Wyd. UwB, Białystok.

Yalom I.D. (2003), *Mama i sens życia*, tłum. K. Zielnicki, Jacek Santorski, Warszawa.
Yalom I.D. (2008a), *Patrząc w słońce. Jak przezwyciężyć grozę śmierci*, tłum. A. Dodziuk, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.
Yalom I.D. (2008b), *Psychoterapia egzystencjalna*, tłum. A. Tanalska-Dulęba, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.
Yalom I.D. (2015), *Istoty ulotne*, tłum. P. Luboński, Czarna Owca, Warszawa.

Zarządzanie wiekiem – szansa dla przedsiębiorców. Mini przewodnik zarządzania wiekiem, Akademia Rozwoju Filantropii i Fundacja Kronenberga, http://www.zysk50plus.pl/storage/fck/file/PUBLIKACJE/Zarzadzanie_wiekiem_miniporadnik.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Zasięg ubóstwa w Polsce w 2009 r. na podstawie wyników badania budżetów (2010), GUS, Warszawa.
Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r. (2012), GUS, Warszawa.

Zgliczyński W. (2012), *Aktywność społeczna osób starych w Polsce w ramach wolontariatu i uniwersytetów trzeciego wieku*, „Studia BAS", nr 2(30), http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/46378D8F3688BB9CC1257A37002A89CC/$file/BAS_30-7.pdf (dostęp: 31.08.2015).
Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T. (2008), *Starość jako wyzwanie*, „Gerontologia Polska", t. 16, nr 3, s. 131–136.
Zrałek M. (2012), *Mieszkanie i środowisko zamieszkania ludzi starszych* [w:] *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, RPO, Warszawa.
Zoom na UTW, zoomnautw.pl (dostęp: 12.07.2013).
Zych A.A. (1990), *Geragogika koniecznością nadchodzących czasów*, „Edukacja", nr 1, s. 44–45.
Zych A.A. (1995), *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Interart, Warszawa.
Zych A.A. (1999), *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Śląsk, Katowice.
Zych A.A. (2001), *Słownik gerontologii społecznej*, Żak, Warszawa.
Zych A.A. (2009), *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii*, Śląsk, Katowice.
Zych A.A. (2010), *Leksykon gerontologii*, Impuls, Kraków.
Zych A.A. (2012a), *Pomiędzy wiarą a zwątpieniem. Wprowadzenie do psychologii religii*, Impuls, Kraków.
Zych A.A. (red.) (2012b), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość. Wybór materiałów konferencyjnych*, Over Group, Łask.
Zych A.A. (2012c), *Profilaktyka gerontologiczna a normalne i optymalne starzenie się* [w:] A.A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość. Wybór materiałów konferencyjnych*, Over Group, Łask.
Zych A.A. (2012d), *Zaklinanie rzeczywistości a blaski i cienie podeszłego wieku* [w:] A.A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość. Wybór materiałów konferencyjnych*, Over Group, Łask.

Żebrowski J. (1987), *Zawód i osobowość animatorów kultury*, Wojewódzki Ośrodek Kultury, Gdańsk.

© Copyright by Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2015
© Copyright by Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej, Kraków 2015

Recenzenci:
prof. dr hab. Olga Czerniawska
dr hab. Elżbieta Traałek, prof. UJK
dr Beata Bugajska
dr Aleksandra Błachnio

Opracowanie typograficzne wersji elektronicznej:
Andrzej Augustyński

Projekt okładki:
Ewa Beniak-Haremska

ISBN wersji drukowanej: 978-83-7850-873-1
ISBN wesji elektronicznej: 978-83-7850-946-2

impuls

Ofi cyna Wydawnicza „Impuls”
30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5
tel./fax: (12) 422 41 80, 422 59 47, 506 624 220
www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl
Wydanie I, Kraków 2015